

# O espaço psicanalítico da Clínica 0 a 3 Anos

## Um mediador de desconstruções e transformações nas transmissões intergeracionais e transgeracionais em busca do desenvolvimento do psiquismo do bebê

Tania Mara Zalcberg,<sup>1</sup> São Paulo  
Diva Aparecida Cilurzo Neto,<sup>2</sup> São Paulo

**Resumo:** Este estudo se propõe a dar uma visão do trabalho clínico realizado no Espaço Terapêutico da Clínica Psicanalítica de 0 a 3 Anos, pertencente ao Centro de Atendimento da SBPSP. Inicialmente é apresentado o percurso clínico-teórico da psicanálise infantil. Dentre os achados, aventamos a função psicopreventiva objetivada pelo processo de Intervenção nas Relações Iniciais por meio de “consultas terapêuticas”, da qual a Clínica de 0 a 3 Anos se utiliza. É apresentado um material clínico a partir de algumas vinhetas, nas quais a comunicação intersíquica mãe-bebê se evidencia. São observadas ressonâncias entre alguns sintomas psicossomáticos do bebê (insônia) e núcleos terroríficos maternos. Embora as analistas, por meio de uma comunicação significativa e empática, tentem ressignificá-los na busca do desenvolvimento sadio do psiquismo do bebê, baluartes defensivos são erguidos pela família, resultando no abandono do atendimento.

**Palavras-chave:** psicanálise, consultas terapêuticas, comunicação intersíquica, intervenção nas relações iniciais, relação pais-bebês

### Introdução

O psiquismo infantil foi cotejado pela psicanálise desde seu início e estudado de forma direta ou indireta em todo o percurso freudiano. Dentre as várias alusões à estrutura e ao desenvolvimento psíquico infantil destacamos três momentos nos escritos de Freud.

Em “Projeto para uma psicologia científica” (1895), o autor assegura que sem a *ajuda alheia* o bebê sucumbirá, pois o *outro*, além de garantir a sobrevivência física do recém-nascido, possibilitará o processo de constituição subjetiva do bebê ao propiciar que este vivencie uma experiência erógena, despertando com isso sua sexualidade e a construção do seu psiquismo.

1 Membro associado da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo (SBPSP).

2 Membro efetivo da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo (SBPSP).

Mais uma vez, Freud se debruça sobre o psiquismo infantil em “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (1905). O autor, apoiado em observações clínicas, faz um estudo aprofundado das manifestações sexuais na infância, desvelando sua evolução, organização e seus mecanismos de funcionamento e de defesa.

Novamente, em “Análise de uma fobia em um menino de cinco anos” (1909), Freud abre espaço para a compreensão do mundo infantil. Adentra os núcleos terríficos de uma criança de cinco anos atribuindo a ela propriedade e ao seu relato autenticidade. Apoiado em seus estudos sobre a sexualidade (1905), Freud amplia a compreensão das fobias e nega a ideia de invencionice infantil, dando credibilidade ao sofrimento da criança assolada por fantasias.

Anos mais tarde, os estudos sobre o psiquismo infantil são ampliados e aprofundados. Klein (1926/1997) começa a desenvolver a teoria das relações objetais. Por meio dessa construção clínico-teórica, a autora se aprofunda nas *phantasias* inconscientes, captando suas funções e suas vicissitudes.

Correlato imaginativo das pulsões e dos mecanismos do ego, as *phantasias* inconscientes, para a autora, construiriam a tessitura na qual seria urdido o mundo interno, estando inclusas nesse tecido as cores das ansiedades persecutórias e depressivas.

Ao “contrário” das fantasias concebidas por Freud, as quais estavam ligadas às representações conscientes e pré-conscientes, ou seja, à representação de ideia, as *phantasias* kleinianas situavam-se no plano das abstrações e do inconsciente, trazendo em seu bojo a produtividade da unidade somatopsíquica, como nos esclarecem Isaacs (1952/1982), Segal (1964/1975) e Spillius (2001/2007).

Na mesma década, Anna Freud (1936/2007) fundamenta a teoria da valorização da dinâmica egoica da criança e dos seus mecanismos de defesa. Concomitantemente, Winnicott (1949/2000) sistematiza as propriedades do desenvolvimento infantil e alerta para intercorrências psíquicas resultantes da violação desse processo desencadeadas por falhas ambientais de base invasivas e disruptivas (*impingement*).

Novos desdobramentos teóricos surgem com: Segal (1957/1991), por meio de seus estudos sobre as fantasias inconscientes e o processo de simbolização; Bick (1967/1990), por meio da descoberta da existência da pele psíquica no mundo sensitivo da criança; e Meltzer (1975/1986), pelos achados sobre bi e tridimensionalidade psíquicas, assim como pelo processo de identificação adesiva.

Ainda na mesma época, Diatkine e Simon (1972) começam a esboçar o tratamento psicoterápico em tenra idade. Bowlby (1969/2002, 1973/2004, 1979/2004) descreve o comportamento de apego e os efeitos da separação precoce, enquanto Fraiberg, Adelson e Shapiro (1983) desenvolvem estudos

sobre o retorno dos fantasmas da infância dos pais na relação com o bebê e a intervenção nas relações iniciais sob a forma de terapias breves.

Mediante tantas descobertas, o conceito de que o indivíduo ao nascer seria uma *tábula rasa* (uma folha em branco) sai de cena, surgindo no lugar a noção de um ser desejante e desejado: o bebê. Como nos esclarece Laznik, “um sujeito a ser escutado, protagonista de sua história, implicado na ‘cocriação’ de sua relação com seu entorno” (2013, p. 11).

A partir dessa nova ótica muitas questões começam a ser alvo de preocupação no desenvolvimento da criança. O social, o intelectual, o contexto familiar, o emocional, o psíquico, o psicomotor, o perceptual e muitos outros campos são agora identificados como partes de um processo único, ou seja, o ser e seu desenvolvimento.

Não só ansiedades, afeições, vínculos, desejos, medos, ritmo, mas também o entorno familiar e as heranças intergeracional e transgeracional são identificados como elementos estruturantes ou disruptivos no arcabouço psíquico. Como nos fala Trachtenberg:

Transmitir é fazer passar um objeto de identificação, um pensamento, uma história, afetos, de uma pessoa para outra, de um grupo para o outro, de uma geração para a outra. Quando falo de transmissão psíquica entre gerações refiro-me a duas modalidades básicas: *intergeracional e transgeracional*. A primeira delas, a intergeracional é a que ocorre entre gerações, havendo uma distância, um espaço entre o transmissor e o receptor, preservando-se os limites e as bordas da subjetividade. A transmissão transgeracional, ao contrário, é invasiva e ocorre através dos sujeitos e das gerações. (2017, p. 83)

O legado intergeracional é marco afetivo, estruturante e transformador da vida psíquica do sujeito, pois acaba por se constituir em uma bússola pela qual a mãe se orienta para lidar adequadamente com seu bebê, evitando invadir o campo psíquico do *infans* com angústias abusivas, ou seja, com lutos que não puderam ser vividos ou situações traumáticas de magnitude que não puderam ser elaboradas pelas gerações anteriores e que podem gerar terror ou dano ao potencial desenvolvimento da criança.

A autora afirma: “Nas transmissões intergeracionais, o sujeito não é somente beneficiário, herdeiro..., mas adquirente singular daquilo que lhe é transmitido” (Trachtenberg, 2017, p. 84).

Todavia, esse mesmo princípio de coesão e organização psíquica não se aplica às transmissões transgeracionais. Estas são destrutivas, pois se organizam a partir do negativo, daquilo que falta, da dor. Constituídas de lutos não elaborados, segredos, histórias funestas e traumáticas, danificam a capacidade do bebê de metabolizar as ansiedades primitivas, comprometendo a relação

mãe-bebê e, concomitantemente, a função *rêverie*, introduzindo no psiquismo da dupla angústias parentais irrepresentáveis (Kaës, 1993/2001).

Como nos ilustra Eigner (1997), a influência do adulto sobre a criança é inevitável, pois os pais, mesmo que não o pretendam, irromperão suas representações psíquicas na criança, contudo o patrimônio familiar, grupal ou de um povo pode constituir um elemento estruturante ou mortífero.

Veiculado por meio da relação intersíquica mãe-bebê, bem como de identificações inconscientes, projetivas ou introjetivas, tais conteúdos são projetados no espaço mental do *infans*, paralisando-o, como vemos nas transmissões transgeracionais, ou abrindo um espaço sonhante como no caso das intergeracionais. É dessa relação sensível que falaremos a seguir.

### **Mãe-bebê: uma relação comunicativa estruturante**

A comunicação silenciosa mãe-bebê é de uma sutileza, complexidade e pulsionalidade que ultrapassa as barreiras da razão. Iniciada, de acordo com as últimas pesquisas (Fonagy, Steele, & Steele, 1991), no período intrauterino, ela marca de forma significativa a construção de vínculos intrapessoais e interpessoais, que irão permitir a estruturação e a sobrevivência psíquica do bebê. Como nos explana Laznik:

O bebê não somente mostra sua satisfação ao se deixar fazer cócegas, tem mesmo sua mão ternamente colocada sobre a mão de sua mãe, como ainda emite um “aaah” de satisfação pulsional para indicar realmente seu prazer de se encontrar ali. (2013, p. 17)

Klein (1946/1991) aborda o conteúdo dessa comunicação e a forma pela qual ela se dá. A autora nos apresenta a identificação projetiva e a introjetiva como vias de acesso de fantasias inconscientes entre mãe e bebê, salientando o papel estruturante desse funcionamento para o desenvolvimento do ego, ou seja, para a constituição da subjetividade. Contudo, quais seriam os efeitos, no psiquismo, de falhas, interrupções, ausências ou contaminações terroríficas nessa comunicação silenciosa?

Bion (1962, p. 132) esclarece que falhas nas primeiras relações, ou, como ele nomeia, do *rêverie* materno trarão efeitos danosos ao aparelho do pensar e do sentir, comprometendo todo o processo de simbolização. Cramer & Palacio-Espasa (1993) alertam para o aparecimento de distúrbios psicológicos em tenra infância mediante disrupturas afetivas relacionais.

A literatura está repleta de exemplos de falhas primeiras desencadeadoras de questões psíquicas e psicossomáticas em bebês, crianças e adultos. Mas o que é possível o analista fazer a fim de restaurar o desejo, a capacidade de

vincular-se, o exercício da palavra pensada, a construção ou reconstrução da subjetividade do indivíduo? Como ressignificar angústias impensáveis, transgeracionais ou não, as quais, impossibilitadas de serem simbolizadas, são agentes de doenças psíquicas ou psicossomáticas?

## A clínica do bebê

No último século, a incidência de distúrbios nas funções somáticas (sono, alimentação, crescimento e eliminação) em crianças de menos de três anos começa a chamar a atenção e a clamar por ingerência. Como afirma Winnicott, ao escrever sobre o mal-estar emocional vivido por crianças e suas manifestações sob a forma de sintoma físico:

É necessário atenção às manifestações somáticas pois elas devem ser entendidas como saídas para alcançar o amadurecimento do desenvolvimento, que por algum motivo estacionou..., ou seja, estamos diante de saídas físicas para um mal-estar psíquico. (1931/2000, p. 58)

Mas qual seria o nível de ansiedade que um ego em estado de formação ou de organização suportaria antes de adoecer? Interações finas no trato entre pais e filhos e em específico na relação pais-bebês poderiam ser tóxicas a ponto de trazer o adoecimento?

A literatura nos leva a crer que sim. A toxicidade poderia estar no tipo de comunicação estabelecida no início da vida, assegura Trachtenberg (2017) ao afirmar que a invasibilidade e a violência das transmissões transgeracionais poderia interromper a organização psíquica, levando a distúrbios de toda ordem. Lebovici (1983/1988), Kreisler & Cramer (1881) e Stern (1995/1997) corroboram esse conceito. Para eles, o grupo parental e/ou as relações mãe-bebê ou pais-bebês ambíguas, invejosas ou insólitas poderiam ser responsáveis por organizações fantasmáticas, ansiedades avassaladoras, assim como por conluios destrutivos, demonstrando assim a presença de toxicidade na comunicação interpessoal e intrapsíquica primeva.

Como nos esclarecem Guedeney e Lebovici: “É neste momento que a clínica precoce abre um espaço para a teoria das intervenções e as novas formas de intercâmbio terapêutico” (1997/1999, p. 14).

Dentre as várias formas de atendimento psicanalítico à primeira infância, vamos nos ater à intervenção nas relações iniciais infantis por meio da ferramenta winnicottiana denominada *consultas terapêuticas*, método utilizado na Clínica Psicanalítica de 0 a 3 Anos do Centro de Atendimento à Comunidade da SBPSP.

O conceito de *consultas terapêuticas* foi utilizado por Winnicott ao longo de toda a sua obra, porém somente em 1965 ele conceitua e esclarece seu valor para a psicanálise. Para o autor, elas representavam uma nova possibilidade de avaliação, intervenção e ajuda psicológica respaldada numa *comunicação significativa* entre os membros do encontro.

Seu objetivo para a Clínica do Bebê, como nos elucidam Guedeney e Lebovici (1997/1999, p. 58), é o engajamento do pai, da mãe e do bebê em uma psicoterapia conjunta da tríade. Esse objetivo ambicioso encontra diversas barreiras, entre elas fantasias e organizações defensivas que permeiam as heranças intergeracional e transgeracional dos pais.

Como nos esclarece Herrmann (1993/2003, p. 18), as representações, as protorrepresentações e os efeitos herdados, pelo sujeito, de seus objetos parentais e ancestrais são constitutivos de um sistema de representações e afetos. Eles ultrapassam o consciente e incidem no desejo do sujeito, bem como na sua forma de relacionar-se consigo e com o mundo.

É acerca desse processo que discorreremos a seguir, no qual os medos, as angústias e o desejo de ser uma mãe mais que perfeita interferiram no desenvolvimento psíquico do bebê.

### Vivência clínica por meio de consultas terapêuticas

“O amor materno na vida de um bebê é a pedra angular em sua trajetória sexual e amorosa” (Laznik, 2013, p. 142). Contudo, o que fazer quando nos meandros dessa relação que passa pelo real, pelo pulsional e pelo narcísico surgem os fantasmas maternos carregados de culpa?

Lucas tem dois anos e meio e apresenta, de acordo com os dados oferecidos pelos pais, “angústia de separação”. A criança não dorme sozinha, exigindo atenção dos pais por mais de duas horas toda noite para pegar no sono. Lucas teve alguns problemas ao nascer, permanecendo na UTI por quinze dias. Atualmente foi afastada qualquer questão neurológica.

A família de Lucas busca atendimento na Clínica Psicanalítica de 0 a 3 Anos da SBPSP a partir da indicação da consultora de sono. Os atendimentos foram feitos por uma dupla de analistas e foram filmados.

O objetivo desses procedimentos é ter uma leitura mais ampla e dinâmica do funcionamento psíquico da família, assim como tentar captar os movimentos fantasmáticos que permeiam as comunicações interp-síquicas intergeracionais e transgeracionais que, de forma intrusiva, são projetadas no bebê, comprometendo seu desenvolvimento.

Essa interlocução que se dá entre a tríade e as analistas poderá, como nos alerta Silva (2003/2013, p. 43) resgatando a fala de Lebovici et al (1998, p.

392), dar um sentido à narração, levando da ação sem pensamento a transformações psíquicas e factuais nos pais e consequentemente no bebê.

Quanto à filmagem, sempre feita com o consentimento dos pais, é um recurso importante para uma microscopia da sessão. Microscopia que nos permite fazer inferências sobre motivações inconscientes, processos de transferência e contratransferência, baluartes de resistência e *insights* (Zimerman, 1999, pp. 429-430).

## Vinhetas clínicas em consultas terapêuticas

### *1.ª consulta: a culpa materna*

O casal chega, a mãe está com Lucas no colo. Após as apresentações, convidamos a família para entrar na sala de atendimento. Há vários brinquedos no chão; de forma tímida a criança observa os brinquedos. Após alguns minutos, de forma cautelosa, começa a interagir com os objetos, observando-os de maneira criteriosa. Mais à vontade, Lucas convoca os pais e as analistas para brincar.

Após esses primeiros momentos, pedimos para os pais nos *contarem* um pouco sobre Lucas, o que é atendido prontamente por ambos. O verbo *contar*, embora usado de forma espontânea pelas analistas, traz um sentido maior, pois a nós interessava conhecer não somente os fatos que envolviam a queixa manifesta (distúrbio do sono), mas também o universo fantasmático dos pais com relação a Lucas.

A fala dos pais começa relatando a busca e a rotina sugerida pela consultora do sono, que de acordo com eles foi seguida à risca, porém não deu certo. Mediante o insucesso, essa profissional indica a SBPSP e o trabalho com bebês de 0 a 3 anos, o que nos chama a atenção, pois de alguma forma pensamos que a profissional havia captado algo mais profundo, de que somente uma rotina bem orientada não daria conta. Após alguns instantes de explicações sobre o método da consultora, o pai dá continuidade...

*Pai – Desde pequeno ele ia dormir cedo... (silêncio). Ele dormia a noite toda, só acordava às 6 horas para mamar (pausa). Quando Lucas nasceu tivemos um probleminha no parto. Ele ficou 16 dias na UTI. Ele nasceu de parto natural e demorou muito para sair. Teve que fazer massagem...*

*Mãe – O anestesista teve que empurrar. Tomei anestesia e perdi toda a sensibilidade. Tomei anestesia com nove dedos de dilatação. Se eu soubesse (emoção intensa toma conta da mãe). Fazia força, mas não no lugar certo. Não chorou logo. Teve que fazer ressuscitação. Eu não sabia!*

Lucas, parecendo captar o que se estava falando, pega a ambulância e começa a percorrer a sala com ela, imitando o som peculiar da mesma. Isso

chama a atenção das analistas, que alertam os pais para a captação, pela criança, do sofrimento revelado.

*Pai – Foi traumático. No dia em que ele nasceu, uma neurologista disse que iam ficar sequelas. Só que na realidade (o pai aponta para Lucas) não tem nenhuma. Depois de um mês levamos noutra neurologista e ele disse que não tinha nada e mandou para o pediatra.*

A partir desses depoimentos, os pais contam detalhes sobre a rotina de trabalho de ambos. Enquanto isso, Lucas brinca de forma criativa e inteligente, apresentando capacidade simbólica bastante desenvolvida, convocando os pais e as analistas para brincarem junto. Apesar de ambos os pais serem convidados, somente o pai e as analistas se envolvem nas brincadeiras com carrinhos, bonecos e lego. A mãe apenas observa a brincadeira com expressão sofrida. De alguma maneira ela parecia estar presa em seu claustro de culpa e de dor, cega à explosão de saúde que ocorria em sua frente.

#### *2.ª consulta: divergências de opinião*

A família chega atrasada. Lucas começa a brincar com uma mamadeira. Finge estar mamando.

*Mãe – Ele mamou até 1 ano e meio.*

*Pai – Aqui você mama sozinho. Em casa é preguiçoso, a mamãe tem que segurar.*

*Mãe – Ele não sabe!*

*Pai – Tanto sabe que está segurando e dando para o nenê (bonecos). No começo ele aceitava que eu desse a mamadeira ou o pusesse para dormir. Depois só a mamãe.*

*Analista – Como é esse dormir?*

*Pai – Por mim deixava chorar um pouco. Para a Marta (mãe) 5 minutos é muito. Quando ela não aguenta, ele fica comigo. Chora, descarrega e depois fica mais fácil de dormir.*

*Mãe – Eu tento, mas não aguento. Esse menino precisa dormir cedo. Esta noite ele foi dormir à uma e meia da manhã. Mas o pai acha que não tem problema.*

*Pai – Eu gosto de assistir jogo à noite. Mas eu mudei meu hábito. Não assisto mais. Vou dormir cedo. Mas, mesmo assim ele não dorme. E o que tem de mal dormir tarde?*

*Mãe – É importante para a aprendizagem, para a inteligência. Antes no berço ele tentava sair, podia cair. Aí nós trocamos pela caminha. Ele sai*



*da cama e vai passear pela casa à noite. Ai eu vou atrás e se não for ele vem me chamar.*

*Analista – O que será que o Lucas procura fora do berço ou da caminha?*

*Pai – Ele fala que não quer dormir quando nós começamos a prepará-lo para dormir. Na escola é outra criança. Tira o soninho da tarde sem reclamar.*

*Mãe – Ele quer a mamãe.*

*Analista – A mamãe precisa dele!*

*Pai – A Marta se preocupa se algo que ela fez ou não fez no parto possa ser uma das causas deste problema de sono.*

*Mãe – Eu não fiz força. Eu devia ter me preparado (choro).*

Neste momento uma das analistas convida Lucas para pôr os bebês (bonecos) para “nanar”. Lucas aceita e, em seguida, por baixo de algumas almofadas, simula a passagem por um canal do qual sai assustado.

Como analistas, pensamos no papel mediador que aqueles brinquedos e o *setting* analítico estavam tendo para aquele menino, abrindo um espaço para a ebulição de suas sensações, seus sentimentos, suas emoções e suas fantasias terríficas.

Conjecturamos que Lucas tenha vivido em uma condição claustrofóbica enquanto esteve envolvido no longo trabalho de parto e que estas deixaram marcas assustadoras, possivelmente lhe trazendo a vivência de angústias impensáveis. De alguma forma, o dormir poderia estar sendo identificado com o processo asfíxiante e terrífico vivido por Lucas.

Contudo, a pulsão de vida daquele pequeno indivíduo era pungente: ele queria estar vivo, estar acordado, porém existia o medo, medo da morte que entrava em sintonia psíquica com a angústia melancólica da mãe, realizando assim um círculo vicioso maligno entre mãe e bebê. Se de um lado a mãe se angustiava com a dificuldade de Lucas para dormir, sua insistência em ficar acordado brincando era uma garantia de vitalidade.

### *3.<sup>a</sup> consulta: a persecutoriedade da mãe*

Lucas parece pensativo, com o dedo na boca, olha a sala como se buscasse algo.

A mãe afirma que Lucas não chupou chupeta. Marta fala de suas falhas no parto e das possíveis sequelas na criança. Enquanto isso Lucas brinca alegremente com vários brinquedos. Canta, convoca os pais e as analistas para brincar. Seu toque é delicado e preciso, o que contraria a preocupação da mãe com sequelas neurológicas.

*Pai – Ele não tem nada, mas parece que ela precisa se torturar. Ele quer controlar a gente, Marta (afirma o pai olhando para Marta). Outro dia meu sogro brigou comigo, dizendo que criança não pode chorar. Aí eu disse: Se ele manda na gente agora o que eu faço quando ele tiver 15 anos? Ele testa a gente. Ela disse que eu não ajudava. Eu tenho ido dormir cedo. A casa apaga.*

*Mãe – Eu fico com ele no quarto. Ele não dorme, mas não sai mais do quarto.*

*Mãe – O pai gosta de música.*

*Pai – Ele fica comigo ouvindo. Ele gosta de música. Na verdade, a Marta fica grudada com ele, às vezes parece que ela vai asfixiar o menino.*

*Mãe – A culpa é minha! Eu não aguento ver ele chorar. Eu não tenho culpa se ele prefere ficar comigo. Talvez porque eu não o deixe chorar.*

A partir daí, Marta começa a tornar-se agressiva com as analistas, afirmando várias vezes: “Então vocês acham que a culpa é minha!” Apesar de as analistas, apoiadas por Roberto (pai de Lucas) tentarem resgatar o objetivo dos encontros analíticos, assegurando que nosso propósito não era achar culpados, mas ajudar a desconstruir esse pesadelo diário em que se transformou o sono de Lucas, nada a convence.

#### *4.ª consulta: abdicando do atendimento*

Os pais remarcam várias vezes o encontro, até que um dia a mãe liga e afirma que deseja interromper os atendimentos. Durante um rápido telefonema, assegura que tanto ela como o marido tinham concluído que precisariam ter paciência com Lucas. Teriam que se acostumar ao fato de que ele não gostava de dormir cedo e de que quando ele chorasse ela ficaria com ele sem reclamar. Com certa arrogância, pergunta quanto deveria pagar pelos atendimentos e finda o telefonema com a frase: “Criança é assim mesmo, tenho que ter paciência e arcar com o que fiz. Com o tempo ele melhora!”.

Mediante tais posicionamentos nos apercebemos do quanto a condição psíquica de Marta tinha se congelado numa posição defensiva e persecutória. Isolada e culpada, ela se torturava com a falta de sono de Lucas; porém, ao mesmo tempo, gratificava-se com o apego da criança a ela. Psicicamente não havia espaço para o autoperdão, somente para a manutenção da dor.

### **Considerações finais**

Quando nos referimos às consultas terapêuticas em famílias com crianças pequenas ou bebês, estamos falando de um instrumento que nos permite

observar os sintomas do bebê, o funcionamento familiar, transmissões intergeracionais e transgeracionais, mas principalmente os núcleos de angústia, tanto do bebê como dos pais. Como instrumento mediador, as consultas terapêuticas representam um processo psicanalítico interativo de base preventiva (Silva, 2003/2013, pp. 25-51).

Nessa forma de atendimento, o *setting* analítico perde algumas características ortodoxas, mas ganha flexibilização e potencial de desconstrução e transformação de organizações psíquicas destrutivas de base transgeracional ou não, podendo restaurar os marcos estruturantes da vida psíquica. Dessa maneira, as competências do bebê têm condições de renascer, garantindo seu papel de sujeito desejante.

Como nos alerta Freud (1900-1901/1996), a comunicação psíquica não tem barreiras, contudo ela pode ser afável ou violenta, oportuna ou intrusiva. Sejam quais forem, as informações trazidas pelo inconsciente necessitam ser simbolizadas para poderem ser transformadas em algo pensável. Contudo, o que fazer quando essa comunicação é instrumento de invasão, de ruptura e de anarquia psíquica e funcional?

As angústias e os conflitos resultantes da história do parto tinham sido inoculadas na psique, nas relações e no funcionamento psicossomático de Lucas.

De acordo com Silva a mente daquele bebê funcionava como um hospedeiro dos terrores maternos, desenvolvendo uma relação de compromisso patológico dele com sua mãe e dela para com ele (2003/2013, p. 29). Por meio de identificações projetivas, a mente infantil era inundada pelo narcisismo mortífero da mãe, que a sufocava de culpa pelos perigos que a criança passou ao nascer.

Lucas não podia parar, não podia dormir, principalmente à noite, pois seu sono poderia simbolizar um sono de morte. Chegava à exaustão para depois adormecer. O sono, para ele, não era sinônimo de paz, silêncio e refazimento, mas de incerteza e medo. Fantasmas entrelaçando o sono e a morte bombardeavam a mente da mãe e do bebê, torturando-os.

Havia um corpo estranho que molestava a saúde psíquica da dupla mãe-bebê. Freud (1919/1996) nos alerta para as falácias do Estranho, representado pelo Homem de Areia, ser que cegava as crianças à noite.

Algo “estranho” assustava aquela família, em específico aquela mãe, algo que causava medo. Um estrangeiro que se tornava familiar e que, de forma inconsciente, era transferido para a psique daquela criança. A ambiguidade materna era transmitida de forma inconsciente para aquele bebê, obstaculizando seu funcionamento orgânico.

Apesar de a intervenção psicanalítica tentar dar sentido a tantos fantasmas intergeracionais e transgeracionais, pondo-se à disposição de acolher os sentimentos e as angústias daquela tríade, o baluarte de defesas erguido foi tão intenso que não deu espaço para transformações visíveis, gerando o abandono do atendimento.

Palavras certeiras as de João Cabral de Melo Neto ao afirmar que: “Ao redor da vida do homem há certas caixas de vidro, dentro das quais, como uma jaula, se houve um palpar de um bicho” (1978, p. 68). Naquela família havia o desconhecido que causava medo.

Terminamos nosso relato com alguns questionamentos:

1. Qual era o lugar dessa criança na psique dos pais?
2. Estava ali esboçada uma relação sadomasoquista na díade mãe-bebê que a figura paterna não conseguia interditar?
3. Por que Lucas não era reconhecido pelo que era, mas pelo que poderia ter sido, uma criança doente e lesada neurologicamente?

**El Espacio Psicoanalítico de la Clínica de Bebés de 0 a 3 Años: un mediador de deconstrucciones y transformaciones en las transmisiones intergeneracionales y transgeneracionales en la búsqueda del desarrollo del psiquismo del bebé**

Resumen: Este estudio propone dar una visión del trabajo clínico que se realiza en el Espacio Terapéutico de la Clínica Psicoanalítica de 0 a 3 Años, perteneciente al Centro de Atención Clínica de SBPSP. Al comienzo se presenta el recorrido clínico-teórico del psicoanálisis con niños, en lo que, resaltamos la función psicopreventiva que tiene el proceso de Intervención en las Relaciones Iniciales por medio de las “consultas terapéuticas” que utiliza la clínica de 0 a 3 años. Se presenta un material clínico, en que la comunicación intersíquica madre-bebé se pone en evidencia. Se observan resonancias entre algunos síntomas psicossomáticos del bebé (insomnio) y núcleos terroríficos maternos. Aunque las analistas, por medio de una comunicación significativa y empática intenten resignificarlos, en la búsqueda del desarrollo saludable del psiquismo del bebé, los baluartes defensivos fueron erguidos por la familia, lo que resultó en el abandono del tratamiento.

Palabras clave: psicoanálisis, consultas terapéuticas, comunicación intrapsíquica, intervención en las relaciones iniciales, relaciones padres-bebé

**The Psychoanalytic Space of the 0 to 3 Years Clinic: a mediator of deconstructions and transformations intergenerational and transgenerational transmissions in the search for the development of the baby's psyche**

Abstract: This study proposes an overview of the clinical work performed in the Therapeutic Space of the 0 to 3 Years Psychoanalytic Clinic belonging to de Clinical Care Center of SBPSP. Initially, the clinical-theoretical evolutionary path of childhood psychoanalysis is presented. Among the findings, we propose a psycho-preventive function as aimed by the Relations in the Initial Intervention process through “therapeutic consultations” that the 0 to 3 years clinic make use. Some vignettes from the clinical material are presented, in which the intersychic communication between mother and baby is evident. Resonances are observed between some of the baby's psychosomatic symptoms (sleep difficulties) and maternal terrorific nuclei. Although the analyst pair, through meaningful and empathetic communication, attempted to resignify them pursuing the sound

development of the baby's psyche, defensive bulwarks were erected by the family resulting in the abandonment of the treatment.

Keywords: psychoanalysis, therapeutic consultations, inter-psyche communication, intervention in the initial relations, parent-baby relations

**L'espace psychanalytique de la Clinique 0 à 3 Ans: un médiateur de déconstructions et de transformations dans transmissions intergénérationnelles et transgénérationnelles à la recherche du développement de la psyché du bébé**

Résumé: L'objectif de cette étude est de décrire le travail clinique effectué dans "l'espace thérapeutique de la clinique psychanalytique d'enfants de 0 à 3 ans appartenant au Centre de Soins Cliniques de SBPSP", son rôle auprès de l'enfant et de la famille, aussi bien que les limites de ce travail. Le texte montre l'évolution de la théorie et de la clinique de la psychanalyse de l'enfant et propose l'intervention précoce comme moyen préventif de perturbations psychiques chez les enfants de 0 à 3 ans. Cette modalité de travail se déroule dans des "consultations thérapeutiques" avec l'enfant et la famille. Des fragments cliniques sont présentés pour démontrer la communication inter-psyche entre la mère et le bébé et les rapports entre certains symptômes psychosomatiques du bébé (sommeil) et des noyaux de sentiments terrifiants chez la mère. Visant le développement psychique du bébé, les analystes ont essayé de maintenir une communication empathique avec la famille et d'offrir des nouvelles significations aux mouvements observés au long du travail. En dépit de ces efforts la famille a érigé des remparts défensifs qui ont entraîné l'abandon de la thérapie.

Mots-clés: psychanalyse, consultations thérapeutiques, communication inter-psyche, Intervention dans les relations initiales, relations parents-bébés

## Referências

- Bick, E. (1990). Experiências da pele em relações de objetos arcaicas. In E. B. Spillius, *Melanie Klein hoje: desenvolvimento da teoria e da técnica* (B. H. Mandelbaum, Trad., Vol. 1, pp. 194). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1967)
- Bion, W. R. (1994). Uma teoria sobre o pensar. In W. R. Bion, *Estudos psicanalíticos revisados: second thoughts* (J. Salomão, Trad., pp. 127-138). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1962)
- Bowlby, J. (2002). *Apego: a natureza do vínculo* (A. Cabral, Trad., 3a ed. Trilogia Apego e Perda, Vol. 1). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1969)
- Bowlby, J. (2004). *Separação: angústia e raiva* (A. Cabral, Trad., 3a ed. Trilogia Apego e Perda, Vol. 2). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1973)
- Bowlby, J. (2004). *Perda: tristeza e depressão* (A. Cabral, Trad., 3a ed. Trilogia Apego e Perda, Vol. 3). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1979)
- Cramer, B., & Palacio-Espasa, F. (1993). *Técnicas psicoterápicas mãe/bêbê: estudos clínicos e técnicos* (F. F. Settineri, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Diatkine, R., & Simon, J. (1972). *La psychanalyse précoce*. Paris: PUF.
- Eiguer, A. (1997). A família como lugar de transmissão cultural. *Jornal de Psicanálise*, 30(55/56), 263-276.
- Fonagy, P., Steele, H., & Steele, M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant->mother attachment at one year of age. *Child Development*, 62, 891-905.
- Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1983/1994). Fantasmas no quarto do bebê. *Ceapia*, 7, 12-34. (Trabalho original publicado em 1983)

- Freud, A. (2007). Teoria dos mecanismos de defesa. In A. Freud, *O ego e seus mecanismos de defesa* (F. Settineri, Trad., Parte I, pp. 9-54). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1936)
- Freud, S. (1996a). Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., Vol. 10, pp. 15-131). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1909)
- Freud, S. (1996b). O estranho. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., Vol. 17, pp. 237-269). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1919)
- Freud, S. (1996c). A interpretação dos sonhos: considerando a representabilidade. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., Vol. 5 (D), Parte 2, Capítulo 6 (continuação), pp. 371-381). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1900-1901)
- Freud, S. (1996d). Projeto para uma psicologia científica. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., Vol. 1, pp. 333-454). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1950[1895])
- Freud, S. (1996e). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., Vol. 2, pp. 163-195). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905)
- Guedeney, A., & Lebovici, S. (1997/1999). *Intervenções psicoterápicas pais/bebê*. (P. C. Ramos, Trad.). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1997)
- Herrmann, F. (2003). *Clínica psicanalítica: a arte da interpretação*. São Paulo: Casa do Psicólogo. (Trabalho original publicado em 1993)
- Isaacs, S. (1982). A natureza e a função da fantasia. In J. Rivière (Org.), *Os progressos da psicanálise* (pp. 79-135). Rio de Janeiro: Guanabara. (Trabalho original publicado em 1952)
- Kaës, R. (2001). O sujeito da herança. In R. Kaës et al., *Transmissão da vida psíquica entre gerações* (C. Berliner, Trad., pp. 9-25). São Paulo: Casa do Psicólogo. (Trabalho original publicado em 1993).
- Klein, M. (1997). Fundamentos psicológicos da psicanálise de crianças. In M. Klein, *A psicanálise de crianças: obras completas de Melanie Klein* (E. M. Rocha Barros & L. P. Chaves, Transds., Vol. 2, pp. 23-35). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1926)
- Klein, M. (1946/1991). Notas sobre alguns mecanismos esquizoides. In *Melanie Klein – inveja e gratidão e outros trabalhos (1946-1963): obras completas de Melanie Klein* (E. M. Rocha Barros & L. P. Chaves, trads. Vol. 3, pp. 17-43). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1946)
- Kreisler, L. & Cramer, B. (1981). Sur les bases cliniques de la psychiatrie du nourrisson. *Psychiatrie de l'enfant*, 24 (1), 223-263.
- Laznik, M. C. (2013). *A hora e a vez do bebê* (E. P. Oliveira, Trad., 1a ed.). São Paulo: Instituto Langage.
- Lebovici, S. (1988). *El lactante, su madre y el psicoAnalista – las interacciones precoces*. (J. Castelló, Trad.). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabalho original publicado em 1983)
- Melo Neto, J. C. (1978). O relógio. In J. C. Melo Neto, *Antologia poética*. Rio de Janeiro: José Olympio.
- Meltzer, D. (1986). Identificação adesiva. *Jornal de Psicanálise*, 19(38), 40-52. (Trabalho original publicado em 1975)
- Segal, H. (1975). Fantasia. In H. Segal, *Introdução à Obra de Melanie Klein de Hanna Segal* (J. C. Guimarães, Trad., pp. 22-35). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1964)
- Segal, H. (1991). Notas sobre a formação de símbolos. In E. B. Spillius, *Melanie Klein hoje – desenvolvimento da teoria e da técnica: artigos predominantemente teóricos*. (B. H. Mandelbaum, Trad., Vol. 1, pp. 167-184). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1957)
- Silva, M. C. P. (2013). Introdução. In M. C. P. Silva, *A herança psíquica na clínica psicanalítica* (pp. 25-51). São Paulo: Casapsi. (Trabalho original publicado em 2003)

- Spillius, E. (2007). O conceito de fantasia para Freud e Klein. In E. Spillius, *Uma visão da evolução clínica kleiniana: da antropologia à psicanálise* (T. M. Zalberg, Trad., pp. 181-200). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 2001)
- Stern, D. N. (1997). *A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1995)
- Trachtenberg, A. R. C. (2017). Transgeracionalidade: sobre silêncios, criptas, fantasmas e outros destinos. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 51(2), 77-89.
- Winnicott, D. W. (2000) Memórias do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (D. Bogomoletz, Trad., pp. 254-276). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1949)
- Winnicott, D. W. (2000) Nota sobre a normalidade e a ansiedade. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (D. Bogomoletz, Trad., pp. 57-76). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1931)
- Winnicott, D. W. (1994). O valor da consulta terapêutica. In D. W. Winnicott, *Explorações psicanalíticas*. (J. O. A de Abreu, Trad., pp. 244-248). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1965)
- Zimerman, D. (1999). Levantando ou construindo barreiras? In D. Zimerman, *Fundamentos psicanalíticos – teoria, técnica e clínica: uma abordagem didática* (pp. 429-435). Porto Alegre: Artmed.

Tania Mara Zalberg  
tmzalberg@gmail.com

Diva Aparecida Cilurzo Neto  
dilurzo@terra.com.br

Recebido em: 8/4/2018  
Aceito em: 31/10/2018