

SOBRE A TRANSFERÊNCIA NA CLÍNICA PSICANALÍTICA PAIS-BEBÊ

ABOUT TRANSFERENCE IN PARENTS-BABY PSYCHOANALYSIS

*ACERCA DE LA TRANSFERENCIA EN LA
CLÍNICA PSICOANALÍTICA PADRES-BEBÉ*

*Milena da Rosa Silva**

*Paula Gruman Martins***

*Sthefan dos Santos Krinski****

*Rose Gurski*****

*Andrea Gabriela Ferrari******

RESUMO

Neste trabalho, nos interrogamos quanto a como se compõe o campo transferencial nos tratamentos psicanalíticos pais-bebê. Através da leitura de autores que trabalharam com bebês e de nossa experiência clínica, procurou-se entender qual seu papel no *setting* analítico. É possível considerar que existem manifestações transferenciais por parte do bebê? Com que transferência(s) nos deparamos nesses tratamentos? Sugere-se que, apesar de não poder expressar verbalmente seu sofrimento psíquico, o bebê encontra maneiras de comunicar-se. Pensamos que muitos bebês, na presença do terapeuta, sentem a possibilidade de enviar mensagens que até então conseguiam comunicar apenas pela via sintomática. Acreditamos, assim, que o bebê é capaz de fazer transferência, e que muitas transferências estarão em jogo nesses tratamentos. Mas a questão é com quais dessas o analista vai trabalhar, uma decisão singular a cada tratamento.

Palavras-chave: psicanálise com bebês; transferência; psicoterapia pais-bebê.

* Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil.

** Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil.

*** Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil.

**** Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil.

***** Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil.

ABSTRACT

In this paper, questions regarding how the transference field composes itself on the parent-infant psychoanalytical treatments are brought to consideration. Through the studying of authors who have dedicated their work to babies, as well as through our clinical experience, we try to capture what is the infant's role on the psychoanalytical *setting*. Is it possible to consider that there are transference manifestations by the baby? Which transference(s) do we come across in such treatments? It is suggested that, although not yet capable of expressing verbally its psychic suffering, the baby finds other forms of communicating. We consider that many babies, in the presence of the therapist, feel there's a possibility of sending messages that, until then, could only be communicated through symptoms. Thus, we believe that the baby is capable of transference, and that many transferences are placed in these treatments. The question of choosing which of these movements to work with is a decision that the analyst has to make, and one unique to each treatment.

Keywords: psychoanalysis with babies; transference; parent-infant psychotherapies.

RESUMEN

En este trabajo, nos preguntamos acerca de cómo ocurre la transferencia en los tratamientos psicoanalíticos entre padres e hijo. Por la lectura de autores que trabajaron con los bebés, además de nuestra experiencia clínica, tratamos de entender el papel del bebé en el encuadre analítico. Es posible considerar que hay manifestaciones transferenciales del bebé? Con cuales transferencia(s) nos enfrentamos en estos tratamientos? Se sugiere que, a pesar de no ser capaz de expresar verbalmente su malestar psicológico, el bebé encuentra maneras de comunicarse. Creemos que muchos bebés, en presencia del terapeuta, sienten la posibilidad de enviar mensajes que hasta este momento sólo podían comunicar por vía sintomática. Creemos, por tanto, que el bebé es capaz de transferir, y que muchas transferencias están en juego en estos tratamientos. Pero la pregunta es cuál de estas el analista va trabajar, y esto es una decisión singular a cada tratamiento.

Palabras clave: psicoanálisis con bebés; transferencia; psicoterapia padre-bebé.

O paciente da clínica com bebês

A constituição psíquica inicia-se já nas primeiras experiências do bebê, em seu encontro com aqueles que se dedicam a seus cuidados. Na primeira infância, é possível encontrar as raízes de dificuldades que podem vir a se instalar enquanto entaves à constituição subjetiva, ou enquanto problemas do desenvolvimento. Assim, pensa-se na importância de uma intervenção a tempo (Teperman, 2005), enquanto se assentam as bases da estruturação do psiquismo na criança. Nesse contexto, os tratamentos conjuntos pais-bebês têm se apresentado como uma interessante proposta para prevenção e promoção de saúde mental.

Muitas vezes, os pais chegam para esses tratamentos devido a um sintoma do bebê. Uma vez que, inicialmente, o bebê não pode ser separado de seu ambiente (Winnicott, 1960/1983), torna-se determinante para melhor compreender as questões que trazem a família ao atendimento conhecer a história desses pais, bem como observar as relações mãe-bebê ou pais-bebê. Assim, podemos pensar o paciente dessas psicoterapias como uma *relação*, não um indivíduo, em dificuldade.

Nos atendimentos com bebês, o terapeuta é convidado a se posicionar quanto a quem escutar. Para Annette Watillon (1993), os tratamentos pais-bebês requerem um psicoterapeuta/psicanalista que seja capaz de uma dupla atenção: observando, compreendendo e interpretando as ações e gestos do bebê, ao mesmo tempo que acolhendo e escutando o sofrimento parental.

Embora muitos terapeutas considerem que esses atendimentos são relacionais, levar essa concepção para a prática da clínica pais-bebê pode ser um desafio. Nesses atendimentos, cabe ao terapeuta encontrar uma maneira de se colocar frente a essa dupla ou trio, de modo a conseguir escutar as comunicações de todos. Porém, com facilidade, pode-se acabar muito mais atento aos conflitos maternos, que passam pela palavra, do que conseguindo analisar e trabalhar a relação que se constrói pela dupla mãe-bebê.

Nos anos iniciais de constituição do bebê, acredita-se que, por mais dependente que este possa ser do ambiente, algo do bebê também está colocado. Mais do que depositário de projeções parentais, podemos pensar um bebê que, apesar de dependente das figuras de cuidado, também encontra formas de comunicar-se, podendo ter protagonismo em seu desenvolvimento e estruturação (Winnicott, 1969/2005).

Com a expansão do tratamento a pacientes cujas questões centrais são anteriores à conflitiva edípica, como nas psicoses ou quadros fronteirços, a psicanálise precisou encontrar maneiras de acessar pacientes cuja via principal de comunicação

é anterior à palavra. A comunicação desses pacientes, que passa pela ação e chega ao terapeuta, principalmente pela contratransferência, requer um analista que esteja sensível a mensagens sutis, cuja forma inicial encontra-se em momentos precoces do desenvolvimento. Acolher as comunicações de um bebê, nos primeiros anos de sua constituição, requer uma sensibilidade aguçada. As mensagens que esse paciente pode enviar acerca do conflito relacional são, entretanto, extremamente valiosas para o curso do tratamento. A capacidade do bebê de captar os conflitos familiares, assim como sua habilidade de evidenciar o que se passa na sua relação com sua mãe ou pais, tornam-no parte importante do tratamento.

Nesse contexto, considera-se que uma psicoterapia que se propõe analisar uma relação precisa poder acolher todos os membros nela implicados, sem perder de vista o todo em análise. Tendo isso em mente, nos questionamos acerca da transferência no trabalho clínico com bebês. Assim, realizamos um percurso pelo conceito de transferência, passando pelos movimentos encontrados nos diferentes enquadres analíticos e pelo trabalho de alguns autores que se dedicaram à clínica com bebês, buscando discutir a transferência nesse tipo de tratamento.

Considerando uma escuta nesse tipo de clínica que possa estar atenta a todos os membros da relação, começamos a nos questionar a respeito de que instrumentos temos disponíveis nesses tratamentos. Partimos da compreensão de que a transferência da mãe é uma ferramenta importante para o terapeuta poder acessar conflitos. Contudo, não podemos nos esquecer de que falamos de terapias conjuntas pais-bebê. Pensamos, então, se podemos falar de uma transferência do bebê, ou da relação. Será que esse pequeno paciente também é capaz de movimentos transferenciais? O bebê seria capaz de trazer algo de si e da relação em que se encontra para o tratamento?

Sobre a transferência

A transferência na clínica psicanalítica, embora possa se constituir enquanto uma arma da resistência do paciente (Freud, 1912/1976), foi entendida por Freud como um dos principais aliados do analista em direção à cura. O movimento transferencial é compreendido como um processo constitutivo do tratamento psicanalítico em que os desejos inconscientes do paciente em relação a seus primeiros objetos presentificam-se no encontro com o analista através de uma repetição.

Para Freud, o tratamento analítico atuaria pela substituição da neurose do paciente por uma neurose de transferência, havendo deslocamento de sintomas e repetição dos conflitos infantis, resultando no surgimento de uma neurose artificial (Freud, 1914/1976). Assim, entende-se que o paciente revive, com o analista,

os traumas, desejos e fantasias que está impedido de recordar devido à barreira do recalque.

A expansão da clínica psicanalítica para o tratamento de crianças levou a muitas controvérsias no que diz respeito à transferência. Quanto a isso, Freud deixou algumas considerações, mostrando-se cético a respeito da situação transferencial na infância, apesar de perceber que a criança poderia ter um ganho satisfatório em um tratamento psicanalítico (Freud, 1933/1976). Freud apontou a ausência do superego, a não plenitude da associação livre (inclusive por razões cognitivas) e a atualidade das relações com as figuras parentais como os principais fatores atuantes para que não viesse a se instaurar uma transferência por parte da criança.

Alguns anos depois, a partir das grandes controvérsias entre Anna Freud e Melanie Klein, os analistas se dividiram quanto ao modo de compreender o tratamento analítico de crianças. A transferência foi um ponto central de conflito nessa discussão, uma vez que Melanie Klein e Anna Freud tinham entendimentos bastante diferentes quanto às possibilidades na análise de crianças e quanto à própria conceitualização da transferência.

Anna Freud (1926/1971) tendia a concordar com a posição de Freud, afirmando que a criança não estabeleceria uma neurose de transferência. De acordo com a psicanalista, embora a criança em análise se vinculasse intensamente ao analista, dirigindo-lhe impulsos amorosos ou hostis, não seria possível chamar isso de transferência. Para ela, a criança não substituiria seu sintoma pela neurose de transferência, pois continuaria a externar seus conflitos preferencialmente com a família.

Ela destacou a importância da brincadeira na comunicação entre analista e paciente, considerando que a técnica do brincar poderia mostrar a realidade e os desejos da criança simbolicamente. Porém considerava que não seria possível igualar o brincar da criança à associação livre do adulto. Segundo Anna Freud (1926/1971), quando o adulto associa livremente ainda há certa intencionalidade nessa fala, uma vez que o analisando sabe que se submeteu à análise e que seu discurso está repleto de significados passíveis de interpretações. Já a criança, quando brinca, nem sempre estaria trazendo um conteúdo referente aos seus conflitos internos e constituição psíquica. Por isso, fazia restrições ao quanto se poderia interpretar e analisar os símbolos no brincar da criança. Além disso, também imprimiu um viés pedagógico ao tratamento psicanalítico, ao defender que, na clínica das crianças pequenas, era impossível a neutralidade da analista, que acabava por exercer funções de educadora, menos analíticas e mais adaptativas.

Na visão annafreudiana, a transferência não ocorreria de forma plena no tratamento de crianças por dois motivos principais. Primeiramente, porque a criança não estaria pronta para reproduzir relações que ainda estariam se construindo e sen-

do vividas (Freud, 1926/1971). Assim, diferentemente do adulto, ela ainda estaria em relações muito atuais com os seus primeiros objetos, presentes intensamente em sua realidade, não apenas em sua fantasia. Suas gratificações e desapontamentos ainda dependem dos pais. Dessa maneira, para a criança não haveria vantagem em “trocar os pais pelo analista”, como há para o adulto. O segundo motivo pelo qual a neurose de transferência não seria possível seria a impossibilidade de o analista sustentar uma posição neutra na análise da criança. Para Anna Freud, a criança acabaria sabendo o que ele aprova e desaprova, já que, por vezes, caberia ao analista um papel de educador.

A psicanalista Melanie Klein (1932/1997), por sua vez, ao entender a ação como tão significativa quanto a fala, trouxe a ideia de uma criança que simboliza e comunica em atos, através dos jogos e brincadeiras. Entendia o brincar como equivalente à associação livre na psicanálise do adulto. Do ponto de vista kleiniano, a criança expressa suas fantasias, desejos e experiências de maneira simbólica através do brincar. Assim, a brincadeira deveria ser analisada como um sonho, atentando ao símbolo e ao contexto, considerando-os como formas de representação, sem nunca perder a relação de cada fator com a situação como um todo.

A transferência na psicanálise com crianças origina-se, para Melanie Klein (1952/1991), dos mesmos processos que orientam as relações objetais nos estágios iniciais do desenvolvimento infantil. Na transferência, o analisando volta às flutuações da primeira infância entre os objetos amados, odiados, internos e externos, que dominaram seu psiquismo em suas vivências primitivas. O analista pode representar diversos objetos na transferência, e tais objetos não permanecem sempre os mesmos. Uma vez que a transferência é um processo dinâmico, deve-se compreender que o psicanalista pode, no tempo de uma mesma sessão, representar diversos objetos ou aspectos destes para o analisando.

Para Klein, a idade precoce não se mostrava como um impedimento do processo analítico. Pelo contrário, ela estimulava o empreendimento da análise em tenra idade, acreditando em seus muitos benefícios. Com sua visão própria acerca do conceito de fantasia inconsciente e de projeção e introjeção, a autora postulou que não haveria dificuldades transferenciais por parte da criança, já que o fenômeno da transferência se referiria não a uma repetição de uma relação inicial recalçada, mas a um interjogo entre objetos internos e externos, compreendidos a partir de padrões de relações objetais.

A psicanalista Betty Joseph (1985/1990), além de sintetizar os desenvolvimentos da teoria kleiniana a respeito do tema da transferência, sinalizou suas potencialidades e repercussões na prática clínica. Em seu trabalho “Transferência: a situação total” (1985/1990), Joseph sugeriu que a transferência deveria ser vista como uma estrutura na qual há sempre movimento e atividade. Assim, a transferência se daria

no trânsito vivo entre realidade psíquica e realidade externa, a partir da dinâmica dos mecanismos de introjeção e projeção. Referindo-se à complexidade do mundo interno, Joseph apontou que, em uma análise, situações em sua totalidade são transferidas, na medida em que emoções, defesas e relações objetais, particulares a cada paciente, são revividas com o analista. As manifestações do paciente, então, encontram-se enquadradas na relação transferencial, configurando um tipo de comunicação em que as palavras constituem apenas um dos elementos. Nesse contexto, a importância da contratransferência revela-se justamente em perceber o que está aquém ou subjacente à palavra, através do que é provocado no analista.

A transferência em outros quadres

O trabalho clínico com patologias graves e fronteiriças fez com que a psicanálise ampliasse as concepções de transferência e contratransferência, buscando compreender cada vez melhor o que se passava no espaço analítico. Assim, autores contemporâneos tendem a valorizar os movimentos que ocorrem no *setting* analítico, no espaço potencial de trocas que existe entre o analista e o analisando. Atualmente, percebe-se uma preocupação da psicanálise em compreender e discutir não apenas o conteúdo da análise, mas sua moldura, sua forma, seu continente, seu espaço: o enquadre. Alguns autores, como Donald W. Winnicott, André Green e Wilfred Bion, estudaram os processos analíticos que ocorrem no espaço intermediário entre o psicanalista e o analisando.

A partir da clínica com pacientes que não desenvolveram um eu suficientemente integrado, Winnicott destacou a importância da regressão na transferência (Winnicott, 1955/2000). O psicanalista deu ênfase ao ambiente analítico no tratamento de pacientes com um funcionamento diferente do neurótico, ressaltando que a interpretação e a postura adotadas frente ao neurótico só são possíveis porque foi atingida uma integração satisfatória de seu *self*.

Como uma de suas grandes contribuições à psicanálise, o conceito de transicionalidade – objetos e fenômenos transicionais – colocou em pauta a questão da intersubjetividade, daquilo que está entre o objetivamente percebido e o subjetivamente concebido (Winnicott, 1951/2000). A partir da construção da ideia de uma zona de experiência, em um terceiro espaço, que se dá *entre* – o objeto e a ilusão, a mãe e o bebê, o analista e o analisando – é possível pensar nos desafios e contribuições do conceito de transicionalidade para a clínica, possibilitando uma maior elaboração a respeito do campo de relação da análise. No contexto analítico, pode-se pensar no

diálogo que acontece nesse terceiro espaço, intermediário e transicional, entre psiquismos.

Bion (1963/2004) também estudou a importância do contexto analítico, dando ênfase ao funcionamento psíquico do analista e ao cuidado que alguns pacientes demandam do *setting*. Baseando-se nos conceitos de *rêverie* e de continência, Bion buscou explicar a função do analista e do enquadre analítico (Zimerman, 2007). A partir do conceito de identificação projetiva, Bion concluiu que para todo conteúdo projetado deve haver um continente receptor. A noção de continente ou de continência relaciona-se com a capacidade da mãe ou do analista/*setting* de acolher as cargas projetivas do bebê ou do analisando, relacionando-se com a disponibilidade para receber um conteúdo que se apresenta na forma de uma carga projetiva. A função de continência da mãe ou do analista pode ser pensada como algo que, em relação às identificações projetivas, torna possível acolher, conter, transformar e devolver, em doses apropriadas, os conteúdos projetados, com um sentido, nomeados. Um analista que consiga exercer uma função de continente pode propiciar uma maior regressão do paciente, que tenderá a se sentir acolhido.

André Green (1988), a partir de seus estudos de Winnicott e Bion, elaborou sua concepção do papel do enquadre na análise. Segundo o autor, “a situação analítica é a totalidade dos elementos que constituem o relacionamento analítico, em cujo cerne podemos, com o correr do tempo, observar um processo cujos nós são apertados pela transferência e pela contratransferência, devido ao estabelecimento e aos limites do contexto analítico” (Green, 1988, p. 50). O autor acreditava que o estabelecimento da situação analítica permitiria o nascimento e o desenvolvimento de uma relação objetal. Nessa perspectiva, pode-se pensar que o enquadre proporciona relações que não se limitam àquelas que são repetidas na transferência, já que novos relacionamentos e movimentos psíquicos ocorrem no espaço potencial entre dois espaços subjetivos: o do analista e o do analisando.

A comunicação do paciente, a interpretação do analista, as imagens e os processos de pensamento que ocorrem na análise não são pensados por Green como pertencentes ao analista ou ao analisando, mas como um produto da dupla, tornado possível apenas porque há um enquadre e um objeto analítico. Assim, Green desconstruiu a ideia de uma relação dual na análise, na medida em que haveria sempre um terceiro elemento: o contexto (Green, 1988).

A transferência e a clínica com bebês

A clínica pais-bebê propõe de princípio um desafio: um paciente que é uma relação. Bebê, pai e mãe ou bebê e mãe. A quem escutar em tal contexto? Como escutar alguém que ainda não fala? Quem faz transferência? A partir desses questionamentos, buscamos explorar, nos escritos de diferentes psicanalistas que trabalharam com bebês e seus pais, como se dá a transferência nessa clínica.

Bernard Golse, em um artigo publicado em 2008, já colocava esse questionamento, dentre outros ligados à metapsicologia da clínica pais-bebês. Para levantar tais questões, ele se valeu de um apanhado dos autores que enfrentaram a tarefa de, além de elaborar uma prática de tratamento pais-bebê, refletir sobre uma metapsicologia relativa a esse campo específico. Ele busca identificar nas proposições de autores como Fraiberg, Winnicott, Lebovici, Cramer, Palacio-Espasa e Watillon-Naveau, diversos pontos que competem aos principais preceitos psicanalíticos, como a análise das defesas, das fantasias e da transferência, destacando as divergências e similaridades entre eles. No que diz respeito à transferência, Golse (2008) percebeu que há controvérsias entre os autores citados quanto a se o bebê seria capaz de realizá-la ou não. Para Golse (2003), é certo que os bebês induzem nos adultos que se ocupam deles certas formas de relação, mas tais induções não se situariam no mesmo nível da transferência, por estarem fora da dinâmica do só-depois, ou *a posteriori*.

Ao abordar a clínica psicanalítica pais-bebês, é necessário reconhecer as suas origens no trabalho precursor de Selma Fraiberg. A abordagem de Fraiberg (Fraiberg, Adelson, & Shapiro, 1975/1994) sugere que se trabalhe com os pais a partir da observação de seus bebês e dos sintomas que estes apresentam, os quais são compreendidos através da noção de transgeracionalidade. Através da situação transferencial intrafamiliar, na linguagem de Fraiberg, os fantasmas dos pais, isto é, os conflitos da história dos pais, invadem o quarto do bebê, imprimindo marcas no seu psiquismo. Esse processo pode se dar de forma tão intensa que as projeções dos pais conduzam à sintomatologia somática no bebê. Fraiberg destacou, portanto, uma espécie de transferência entre os pais e o bebê. Contudo, apesar da importância dada pela autora à presença do bebê no tratamento, a transferência analítica a ser trabalhada ocorreria entre a mãe e o analista, uma vez que o foco do tratamento seria a história e o mundo interno da mãe.

Já Annette Watillon (1993, 1996/1998) considerou que o bebê participa “por seu próprio direito nessas terapias” (1993, p. 255), conferindo um lugar ainda mais ativo ao bebê nesses tratamentos. A psicanalista sugeriu que o bebê, muito atento e envolvido no que se passa na sessão, encontra formas de comunicar suas necessidades

e vontades (1993). Percebendo o desejo do psicanalista de aliviá-lo de seus sintomas, o bebê seria o grande iniciador de uma atuação dramática da família: encenação pela dupla ou trio de seus conflitos. Assim, pensa que a especificidade desse tipo de terapia está na encenação, pelo bebê, do conflito interacional (Watillon, 1993, 1996/1998).

Watillon (1993) destacou a importância de atentar ao momento em que o bebê realiza uma interferência na fala parental. De acordo com a autora, o bebê se comunicará, fazendo com que sua presença seja sentida através de uma manifestação. A interpretação de sua ação possivelmente dependerá daquilo que está se conversando com os pais nesse momento. Para a autora, esses atos ajudam o terapeuta a lembrar-se da importância da realidade psíquica do bebê, atentando para o que ele busca comunicar sobre seu sofrimento.

Cabe questionar por que o bebê buscaria comunicação dessa maneira. Seriam as manifestações do bebê devidas a um movimento transferencial? De acordo com Watillon (1993), a função principal do terapeuta seria criar, através da escuta e do enquadre, um espaço para que a família possa realizar essa atuação dramática. Para a psicanalista, o investimento do bebê no analista aconteceria tão rapidamente porque ele logo compreenderia que esse terceiro que lhe apresentam pode atuar como continente de suas ansiedades. Com confiança no analista, o bebê consegue sinalizar qual o conflito que aflige a relação, além de mostrar quais afetos parentais não suporta carregar.

Podemos pensar que, se o bebê percebe que esse é um espaço singular, em que há alguém disposto a conter e transformar ansiedades, então haveria algum tipo de movimento transferencial por parte do bebê, ou, porventura, um traço do que, com o avançar dos meses da criança, poderia se constituir como uma transferência. Assim, é possível compreender que haveria uma transferência possibilitada pelo contexto da análise ou psicoterapia, com a encenação configurando-se como uma manifestação de um movimento transferencial.

Se o bebê é capaz de alguma forma de transferência, é possível ao analista conter o sofrimento expresso em sua mensagem atuada, elaborar essas emoções e interpretá-las para que os protagonistas da relação sintomática possam reincorporar seus investimentos, já desintoxicados (Watillon, 1993). Percebe-se o papel continente do analista, que empresta sua função alfa (Naffah Neto, 2011) para a dupla ou trio em terapia, ressignificando e acolhendo o conflito e o sintoma.

Seguindo essa linha, Norman (2003), também apoiado em conceitos de Bion, estuda o papel do analista de construir conjecturas mentais das manifestações do bebê, dando sentido ao que este está sentindo e fazendo, seja numa atividade exploratória pelo consultório ou no colo de sua própria mãe. Assim, opostamente a Fraiberg, esse psicanalista propõe um *setting* que privilegia a relação com o bebê mais do que

com a fala da mãe, o que ocorreria no campo da intersubjetividade, fortemente apoiado na contratransferência do analista.

Desse modo, Norman (2003) forneceu pistas para se acreditar que os próprios bebês constituiriam alguma forma de transferência, partindo da premissa de que já contariam com uma subjetividade e um self primário, que serviriam como base para a intersubjetividade. Apesar de não abordar diretamente a transferência enquanto conceito, o autor aponta que os bebês possuem uma grande flexibilidade nas relações de objeto, assim como uma capacidade para a constituição de vínculos emocionais com outras figuras além dos pais, como o analista no aqui-e-agora da sessão. Desse modo, Norman entende que pode se constituir uma relação transferencial entre o bebê e o analista, desde que este último apresente uma alta receptividade e sensibilidade aguçada para captar as comunicações a ele dirigidas.

Embora as posições de Fraiberg, Watillon e Norman a respeito da possibilidade de o bebê estabelecer transferência possam ser apreendidas da leitura dos seus trabalhos, esses autores não se detiveram na discussão específica a esse ponto. Bertrand Cramer, Francisco Palacio-Espasa e Serge Lebovici, por sua vez, abordaram diretamente o assunto, protagonizando o que Golse (2008) apontou como uma versão moderna das controvérsias acerca da transferência entre Anna Freud e Melanie Klein, desta vez tendo como foco a transferência na clínica com bebês.

Cramer e Palacio-Espasa (1993) colocaram o psiquismo materno no centro de sua psicoterapia pais-bebê, considerando que à mãe deveria ser dirigida a maioria das intervenções e interpretações do terapeuta. O papel do bebê no tratamento seria o de comunicar, em suas manifestações, o que se passa com a dupla e de agir como um catalisador para os conflitos, emoções e transferência maternos (Cramer, & Palacio-Espasa, 1993).

Seu argumento é amparado pelo que nomearam Sequência Interativa Sintomática – SIS (Cramer, & Palacio-Espasa, 1993), conceito que se refere à atuação do conflito nodal relacional, atualizado em um padrão interativo típico e repetitivo. A relação mãe-filho atual, ilustrada na SIS, faz as vezes de uma transferência em terapia individual da mãe, em que o conflito interpessoal atual repete um conflito intrapsíquico antigo, visando à elaboração. Dessa forma, de acordo com essa perspectiva, a transferência nessas psicoterapias é da mãe, e, primeiramente, da mãe com o seu bebê. “Assim, o bebê desempenha um papel análogo ao do psicoterapeuta, atraindo sobre ele, focalizando e dramatizando uma ressurgência da neurose de base da mãe; em uma palavra, provocando uma transferência” (Cramer, & Palacio-Espasa, 1993, p. 174). A mãe deposita no filho, através de projeções, seus conflitos intrapsíquicos, que se tornam visíveis ao terapeuta através da interação entre os dois. Cramer e Palacio-Espasa (1993) não acreditam no potencial transferencial do *infans*, chegando

a dizer que o formato por eles proposto de terapia conjunta só pode ser mantido até o ponto em que a criança atinge determinada idade, em que suas próprias exigências transferenciais se afirmam.

A partir das considerações de Cramer e Palacio-Espasa a respeito das psicoterapias mãe-bebê, Lebovici buscou se posicionar em defesa de um bebê mais central no *setting* (Lebovici, 1994). Defendendo a ideia de uma ação direta no bebê e da possibilidade de intervenções com a criança que visem a uma mudança em suas profantantias, o psicanalista considerava possível pensar em uma transferência do bebê. Ao passo que Lebovici concordava com o entendimento de um conflito relacional operando na dupla mãe-bebê, afirmava que Cramer e Palacio-Espasa pareciam ter esquecido que o bebê é um dos pacientes em uma psicoterapia pais-bebês.

Assim, para Lebovici (1994), a intervenção do terapeuta com o bebê poderia surtir efeitos nas atividades profantasmáticas deste. A atitude clínica desse psicanalista, atento a possíveis trocas com o bebê e a seu papel comunicativo, sugere um potencial transferencial desse paciente nos tratamentos conjuntos pais-bebê. Lebovici criticou Cramer e Palacio-Espasa por considerar que tenderiam a ver o bebê como um “objeto-transferência”, um “objeto-espelho” nas psicoterapias e no conflito da dupla (Lebovici, 1994, p. 423). A ação direta do terapeuta no bebê, para Lebovici, não somente seria possível, como seria, frequentemente, recomendável. Destacando a contratransferência do analista em suas intervenções com o bebê, ressaltava a importância da empatia do terapeuta para com esse paciente, sugerindo que esse seria o movimento que possibilitaria a interpretação ou intervenção apropriada com a dupla.

Respondendo às críticas de Lebovici, Cramer e Palacio-Espasa (1994) ressaltaram que, para considerar possível uma ação direta no bebê, tal como propôs Lebovici, seria preciso partir da premissa de que o bebê é capaz de investir pulsionalmente no terapeuta ou na representação mental que tem deste. Tal investimento deve se dar com cargas pulsionais originalmente endereçadas a seus objetos primários. Cramer e Palacio-Espasa (1994) nos lembram, entretanto, que, para os kleinianos, a questão aqui debatida é inexistente, já que o potencial transferencial se daria desde o início da vida, sendo o bebê capaz de transferência, principalmente com a mãe e com o seio, desde muito cedo. Desse modo, as projeções do bebê, já no começo da vida, poderiam ser consideradas transferências. Assim, para essa linha de pensamento, não haveria questão quanto à capacidade de transferência do bebê nas psicoterapias pais-bebê. Embora busquem não negar diretamente o potencial transferencial do bebê, fica claro que, do ponto de vista de Cramer e Palacio-Espasa, costumam haver outras explicações para os acontecimentos em uma psicoterapia pais-bebê.

Para Cramer e Palacio-Espasa, a discussão a respeito da (possível) transferência do bebê relacionava-se à ação direta ou efeito direto no bebê. Eles consideravam

que o efeito terapêutico maior dessas psicoterapias se daria nas representações mentais maternas, projetadas no bebê e materializadas na interação da dupla. Afirmando repetidamente a necessidade de considerar o caráter relacional dessas psicoterapias, consideravam que as ações do terapeuta seriam direcionadas a uma unidade relacional mãe-bebê. Em função da indivisão psíquica inicial entre mãe e bebê, o efeito terapêutico se daria na zona intermediária entre eles, em que as projeções maternas fazem parte do psiquismo do bebê (Cramer, & Palacio-Espasa, 1994). A partir de Winnicott, descreviam um *infans* que não existe só e que não pode ser desvinculado daquele que lhe dá os cuidados de que necessita.

Conquanto afirmassem que o efeito da psicoterapia acontece em uma área intermediária entre mãe e bebê, esses autores acabaram por trabalhar apenas com o conflito materno projetado, com o efeito terapêutico no bebê decorrendo da diminuição dessas projeções. Lebovici (1994), embora não negasse a influência parental no conflito do bebê, defendendo que a interpretação da história dos pais, seu passado, seus conflitos psíquicos e sua atitude na interação com os bebês era fundamental no tratamento, considerava que também era possível trabalhar diretamente com o bebê. Argumentava a favor de uma intervenção no bebê, além de com a dupla e com a mãe, que provocasse efeitos terapêuticos com esse pequeno paciente.

Considerações finais

Nos atendimentos clínicos pais-bebês, o psicoterapeuta/analista acolhe diferentes sujeitos e relações. Pensamos, assim, que lidamos com muitas transferências diferentes nesses tratamentos. Atendemos um homem, uma mulher e um casal (talvez também avós, duas mães, dois pais...), que têm seus papéis, suas características, sua história, desenvolvimento e funcionamento. Podemos imaginar que, além da transferência de cada um deles, também está em jogo uma transferência dessa dupla/trio, que pode colocar no analista os conflitos de sua relação.

Finalmente, há o bebê. É comum que a dupla ou o trio chegue ao tratamento devido a uma queixa de um sintoma físico no bebê. Na clínica, percebe-se que a participação do bebê em enunciar seu sofrimento não aparece somente no corpo, como se poderia pensar. Embora o sintoma seja frequentemente seu meio de chegada à terapia e a expressão de seu psiquismo em formação, a sua participação não acaba nesse enunciado somático de angústia ou sofrimento. É possível vê-lo como um membro ativo no tratamento, contribuindo mais do que apenas enquanto um corpo mensageiro das dificuldades e patologias de uma relação. Mesmo não estando apto a expressar verbalmente seu sofrimento psíquico, entendemos que o bebê é capaz de

comunicar suas ansiedades, dores e medos de outras maneiras. Evidentemente, estamos nos referindo a um bebê que já consegue se perceber diferente da mãe e perceber o terapeuta como um terceiro elemento.

Assim, muitos bebês podem notar que o *setting* analítico é um espaço diferente. Nesse local seguro e continente, o bebê, como se sentisse (ou talvez mesmo sabendo) que está em tratamento, comunica sua dor para se fazer ouvir. É possível conjecturar que o bebê, na presença do terapeuta, reconhece a possibilidade de enviar mensagens que até então conseguia comunicar apenas na forma de sintomas (Watillon, 1993). No nosso ponto de vista, se o bebê é capaz de perceber o terapeuta/analista como alguém que pode auxiliá-lo em seu sofrimento, ele é capaz de algum nível de transferência. Pensamos não em uma transferência com base no só-depois, mas sim no aqui-e-agora. Assim, acreditamos que o enquadre é fundamental, a fim de tornar possível que a transferência – por parte do bebê e dos pais – se instaure e determinando a forma como essa se processará.

Se o tratamento corre bem, podemos chegar a lidar com muitos movimentos transferenciais diferentes, que se inter-relacionam e influenciam constante e mutuamente. Nota-se o potencial transformador dos tratamentos conjuntos pais-bebê. Também percebemos como lidar com a contratransferência torna-se especialmente desafiante para o psicanalista nesse tipo de trabalho.

Pensando um bebê capaz de transferência e um tratamento que tem como foco uma relação, muito mais do que mãe ou bebê, acreditamos, embora possa parecer paradoxal, que o conceito de Sequência Interativa Sintomática (Cramer, & Palacio-Espasa, 1993) pode ser ilustrativo de nossa ideia. Nessa interação, o bebê e a mãe encenam juntos o seu conflito. Ocorre uma atuação que expressa (ao mesmo tempo que é) o sintoma da dupla. Pensamos que, se ocorre essa repetição do sintoma na sessão, isso é possível porque existe um movimento transferencial da dupla. Nossa interpretação é de que a encenação ocorre, tal como Watillon (1993) argumenta, devido a uma resposta do bebê ao ambiente em que se encontra.

Se o bebê é capaz de transferência, não podemos deixar de notar como esta parece ocorrer de modo especialmente rápido nesses tratamentos. Alguns fatores podem servir para acelerar esse processo. Primeiramente, é preciso ressaltar que o tempo do bebê é diferente daquele do adulto. A dinâmica da constituição de seu psiquismo já atua como um fator para o pronto estabelecimento de uma relação. Além disso, a plasticidade psíquica do bebê, a rapidez com que acolhe mudanças, se desenvolve e se adapta opera papel fundamental na aceleração da transferência. Ainda, há a questão da extrema abertura perceptual do *infans*, que prontamente percebe, com muito menos resistência do que seus pais, a natureza do tratamento e, com confiança na segurança do espaço, expressa seu sofrimento.

Assim, muitas transferências estarão em jogo no *setting*. A questão que se coloca é com quais dessas o analista vai trabalhar. É possível utilizar como ferramenta principal a transferência da mãe (como Cramer e Palacio-Espasa). Outros autores farão uso da transferência do bebê como principal instrumento (assim como Norman). Haverá, ainda, terapeutas que terão a relação pais-bebê como foco e trabalharão todas as relações transferenciais que se estabelecerem no enquadre clínico (como Lebovici e Watillon). Abordando diferentes vértices, todos trazem contribuições muito importantes para a clínica com pais e bebês e oferecem diferentes possibilidades de trabalho. Acreditamos que o modo de operar será singular a cada tratamento, levando em consideração, especialmente, as dificuldades apresentadas pelo bebê e sua família, e em que momento da constituição psíquica se encontra o bebê, bem como as suas possibilidades de se colocar em relação com o analista.

Referências

- Bion, W. R. (2004). *Elementos de psicanálise*. (2a ed.). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1963)
- Cramer, B., & Palacio-Espasa, F. (1993). *Técnicas psicoterápicas mãe/bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cramer, B., & Palacio-Espasa, F. (1994). Les bébés, font-ils un transfert? Réponse à Serge Lebovici. *Psychiatrie de l'enfant*, XXXVII(2), 429-441.
- Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1994). Fantasma no quarto do bebê – uma abordagem psicanalítica dos problemas que entram a relação mãe-bebê. *Publicação CEAPIA*, 7, 12-34. (Original publicado em 1975)
- Freud, A. (1971). O papel da transferência na análise de crianças. In Freud, A. [Autor], *O tratamento psicanalítico de crianças*. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1926)
- Freud, S. (1976). A dinâmica da transferência. In Freud, S. [Autor], *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XII. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1912)
- Freud, S. (1976). Recordar, repetir e elaborar. In Freud, S. [Autor], *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XII. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1914)
- Freud, S. (1976). Observações sobre o amor transferencial. In Freud, S. [Autor], *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XII. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1915)
- Freud, S. (1976). Novas conferências introdutórias sobre psicanálise. Conferência XXXIV: Explicações, aplicações e orientações. In Freud, S. [Autor], *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XXII. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1933)

- Golse, B. (2003). *Sobre a psicoterapia pais-bebê: narratividade, filiação e transmissão*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Golse, B. (2008). Las psicoterapias conjuntas padre-madre-(padres)-bebê: ¿conquista o viaje a la deriva? *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 37(1), 63-77.
- Green, A. (1988). *Sobre a loucura pessoal*. Rio de Janeiro: Imago.
- Hinshelwood, R. D. (1992). *Dicionário do pensamento kleiniano*. Porto Alegre: Artmed.
- Joseph, B. (1990). Transferência: a situação total. In E. Spillius (Ed.), *Melanie Klein hoje*, v. 2, p. 70-79. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1985)
- Klein, M. (1991). As origens da transferência. In M. Klein [Autor]. *Inveja e gratidão e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1952)
- Klein, M. (1997). *A psicanálise de crianças*. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1932)
- Lebovici, S. (1994). La pratique des psychothérapies mères-bébés par Bertrand Cramer et Francisco Palacio-Espasa: note de lecture. *Psychiatrie de l'enfant*, XXXVII(2), 415-427.
- Naffah Neto, A. (2011). A função básica da mãe (e do analista) em Bion e Winnicott, com foco nos conceitos de rêverie e holding. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 45(3), 119-131.
- Norman, J. (2003). O psicanalista e o bebê: uma nova visão do trabalho com os bebês. *Livro Anual de Psicanálise*, XVII, 267-283.
- Teperman, D. W. (2005). *Clínica psicanalítica com bebês: uma intervenção a tempo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Watillon, A. (1993). La dinámica de las terapias psicoanalíticas de las relaciones paterno-filiales tempranas. *Livro Anual de Psicoanálisis*, IX, 253-263. São Paulo: Escuta.
- Watillon-Naveau, A. (1998). Ensaio de elaboração teórica das terapias conjuntas: magia ou psicanálise? *Revista de Psicanálise*, V(3), 375-392. (Original publicado em 1996)
- Winnicott, D. W. (1983). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In Winnicott, D. W. [Autor], *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1960)
- Winnicott, D. W. (2000). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In Winnicott, D. W. [Autor], *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1951)
- Winnicott, D. W. (2000). Formas clínicas da transferência. In Winnicott, D. W. [Autor], *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1955)
- Winnicott, D. W. (2005). A experiência mãe-bebê de mutualidade. In Winnicott, D. W. [Autor], *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artmed. (Original publicado em 1969)
- Zimmerman, D. (2007). A noção de continente em Bion: uma ampliação de sua aplicação na prática psicanalítica. *Rêverie*, 1(1), 91-102.

Recebido em 11 de novembro de 2015

Aceito para publicação em 04 de maio de 2017