

# O bebê no divã: reflexões sobre a clínica psicanalítica na primeira infância<sup>1</sup>

*The baby on the couch: reflections on the psychoanalytical clinic in early childhood*

Débora Regina Unikowski\*

**Resumo:** Tendo observado uma maior demanda no tratamento de crianças em torno de três anos, a autora apresenta os principais conceitos teóricos que orientam o trabalho com os pequenos pacientes e seus pais. Enquadre, transferência, inconsciente, fantasias, interpretação, contratransferência, continência e revêrie permitem articular a teoria com a técnica, nesse delicado momento de vida da criança. O trabalho descreve essa prática clínica em detalhes a partir do caso de uma menina.

**Palavras chave:** Enquadre. Transferência. Interpretação. Revêrie. Psicanálise precoce.

**Abstract:** *Having observed a higher demand of child's treatment around the age of three, the author presents the main theoretical concepts that guide working with little patients and their parents. Setting, transference, unconscious, contratransference, containment and revêrie enable the articulation of the theory and the technique in this delicate moment of the child's life. The paper describes this clinical practice in detail through the case of a little girl.*

**Keywords:** *Setting. Transference. Interpretation. Revêrie. Psychoanalysis in early childhood.*

---

<sup>1</sup> Trabalho apresentado na mesa de discussão “Transtornos Subjetivantes e a Clínica”, no Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro – 23 de setembro de 2016.

\* Psicanalista, membro efetivo, docente e didata da Sociedade Psicanalítica do Rio de Janeiro (SPRJ). Membro da ABEBÊ.

## INTRODUÇÃO

Com um título um pouco provocador, convido vocês a pensar a psicanálise e os bebês, mais especificamente pequenos pacientes de dois ou três anos.

Não há dúvida alguma que por trás de nossa prática existe um arcabouço teórico e uma experiência pessoal de análise que nos guiam. Entretanto, mais do que mencionar Freud, Melanie Klein e Bion, gostaria de apresentar os conceitos que balizam meu trabalho. São eles: *setting* ou enquadre, transferência, inconsciente, fantasias, interpretação, contratransferência, ego corporal, contênia e revêrie.

Todo tratamento psicanalítico envolve um **enquadre**, um **setting** que em se tratando de crianças muito pequenas implica limites firmes em termos de tempo e de espaço, mas estes são igualmente utilizados de forma flexível. Hora para iniciar e terminar as sessões, numa sala adaptada e com uma caixa com brinquedos individuais, ao mesmo tempo em que incluímos um vai e vem entre a ligação da criança com a mãe e a possibilidade de **transferência** com o analista.

Entre a sala de espera, o banheiro e a sala de atendimento, comunicações **inconscientes** se apresentam. Inicialmente a porta da sala talvez precise ficar aberta e, por vezes, será necessária uma cadeira para o adulto junto a essa porta, ou ainda dentro da sala. Nesse momento inicial, o adulto pode ser incluído no *setting* e ir deixando cada vez mais espaço para a criança e o analista.

É preciso **conter** tanto as angústias de nosso pequeno paciente quanto as dos adultos, sempre ambivalentes em relação ao tratamento. Levamos em conta que o adulto que acompanha o pequeno paciente, seja da família ou a babá, traz suas fantasias agressivas. Isso o leva a desconfiar do psicanalista, temendo o que este possa fazer com a cabecinha do seu filho. Além disso, ao identificar-se com a criança, deseja ser cuidado em seu lugar.

O pequeno paciente percebe o temor do adulto que o acompanha e, invariavelmente, pode tranquilizá-lo ao mostrar o que descobre no consultório. Entrando e saindo, leva água, biscoitos ou brinquedos trazidos de casa, ou mesmo livrinhos da sala de espera para dentro da sala. Ou faz o caminho inverso, levando brinquedos da sala ou os desenhos realizados para o adulto na sala de espera. Mas a criança percebe também a enorme disponibilidade do psicanalista, que a recebe e alivia suas aflições.

A linguagem é utilizada pelo psicanalista para marcar o motivo da consulta, apresentar o enquadre, avaliando as possibilidades de expressão das fantasias da criança, por um lado, assim como suas condições de escuta e

**interpretação** do material, por outro. As palavras dão o tom, marcando o lugar do simbólico nessa relação, num *setting* eminentemente determinado pela mente do analista.

No seio dessa relação transferencial, o inconsciente do pequeno paciente se manifesta através de fantasias comunicadas por uma linguagem não verbal ou rudimentarmente verbal em brincadeiras, que buscamos colocar em palavras por meio da interpretação. Falamos sobre o que acontece no “aqui e agora” da sessão e ligamos com o que os pais trazem de suas histórias.

Tudo começa no corpo. Ali se expressa a existência do bebê que, com seu ego incipiente, se relaciona com a mãe, e depois, no processo transferencial, com o analista. Como dizia Freud, “[o] ego é, primeiro e acima de tudo um **ego corporal** [...]” (1923/1976, p. 40, grifo nosso). Portanto, quanto mais mentalmente imaturos nossos pacientes, mais os desejos, o sofrimento e a comunicação destes se fará através do corpo.

O corpo fala através do tônus, dos gestos, dos sons, das expressões faciais ou ainda com sintomas aos quais o analista, em contato com seu inconsciente através da **contratransferência**, busca dar sentido, tornando analisável o que ainda não pode ser simbolizado. No corpo e na mente do analista surgem sensações, imagens, ideias e, no mais das vezes, metáforas que poderão ser comunicadas para o bebê diretamente ou a sua mãe e seu pai.

Graças ao fenômeno da **transferência** podem ser reencenadas no “aqui e agora” da sessão questões primitivas da mãe e reações aflitivas do bebê ao estado emocional de sua mãe. Assim, vamos tentando perceber a comunicação ou seus entraves e o vai e vem das angústias da dupla entre si e do analista consigo mesmo, identificado com a dupla e com cada um dos sujeitos presentes.

Através da **revêrie** do analista é possível conter angústias e compreender as comunicações feitas pela dupla através da identificação projetiva, podendo essa comunicação ser transformada em algo a ser partilhado. Dessa forma, a mãe pode desenvolver melhores condições de ser receptiva e, conseqüentemente, continente das comunicações inconscientes de seu filho. Salvaguardando o desenvolvimento do pensamento da criança, sem se deixar inundar pela angústia nem ser dominada pelo filho, pode permanecer a mulher do pai.

Desmembrando os sentimentos, imagens e metáforas que surgem em sua mente, o analista pode se aproximar de suas próprias angústias, das angústias maternas e intuir o que pode estar se passando na mente do bebê. Auxilia assim a mãe tanto a regredir e reeditar sua relação enquanto bebê com sua própria mãe quanto a reencontrar seus recursos adultos, encenando uma relação

triangular. Com essa “rede” torna-se possível trazer à tona aspectos depressivos da mãe que, muitas vezes, ela não se permite sentir nem exprimir.

## RECEBENDO OS PACIENTES

Pais nos procuram, na maioria das vezes, para “resolver um problema pontual” e, em geral, o sintoma desaparece rápido, dando lugar a outras dificuldades da vida emocional. Buscar o sentido do sintoma, uma peculiaridade da psicanálise, ajuda a criar condições para a continuidade do tratamento, mesmo após o desaparecimento do motivo principal da demanda. É importante deixar muito claro a importância de os tratamentos serem iniciados o mais cedo possível, no auge dos conflitos, quando fica mais fácil fazer uma aliança na busca de um novo arranjo das emoções, antes que patologias se cristalizem.

Quando recebemos os pais numa primeira consulta, percebemos que trazem, além do sintoma da criança, suas angústias em serem pais e seus desdobramentos. Assim, nas consultas iniciais, ficaremos atentos ao seu funcionamento mental e, especialmente, às suas projeções, para que sejamos percebidos como menos ameaçadores, preparando o terreno para uma possível aliança terapêutica. E em todos os casos, o sofrimento da criança será decisivo para a escolha de um atendimento individual.

A criança nos permite, de forma mais direta do que o paciente adulto, chegar perto de seu sofrimento psíquico e da organização de seus sintomas. Ela apresenta “de bandeja” suas questões, se expondo mais facilmente e sendo capaz de utilizar a enorme labilidade de sua vida mental para mudar, mas precisa, entretanto, de um adulto para trazê-la até o consultório. Faz parte de um grupo familiar que sofre junto e deseja, na mesma medida em que resiste às mudanças. Portanto, quanto mais pudermos manter em mente os tipos de laços e fantasias em jogo entre os membros de uma família que solicita um atendimento de criança, e isso, naturalmente, por meio de transferências e da contratransferência, melhores condições de trabalho estaremos criando.

Penso que a partir da escuta analítica seja preciso acolher esses pais em suas demandas, respeitando os papéis e as possibilidades de cada um, buscando compreendê-los para descobrir como ajudá-los. Avaliamos em quais casos deveremos acompanhar mais de perto os pais ou, ao contrário, centralizarmos o tratamento na criança. Tenhamos sempre em mente que os pais são os genu-

ínos responsáveis pelos nossos pacientes e deles depende, em grande parte, a organização da vida mental assim como os aspectos concretos do dia a dia – frequência, faltas e atrasos – que facilitam ou até impossibilitam o tratamento.

## **UM MOMENTO DELICADO: QUASE TRÊS ANOS...**

Nos últimos tempos venho recebendo demandas de pacientes muito pequenos, tendo se tornado curiosamente “dois anos e oito meses” uma idade bastante comum para a chegada de novos casos.

A mãe ainda é o centro do mundo, mas a criança já brinca mais com outras crianças. A creche ou o maternal vai ganhando ares de escola. O pai ocupa mais espaço na vida do filho e a questão edípica está em pleno vapor. É o momento de consolidação da linguagem e do controle esfinteriano. Época da oposição, das birras e da afirmação da identidade sexual coincidindo, muitas vezes, com a chegada de um irmão. Constitui-se, assim, num momento decisivo para o desenvolvimento capaz de provocar sintomas.

Lembrando que chamamos de bebês as crianças entre zero e três anos, poderíamos pensar que, aproximando-se esse limite, na mente dos pais a tolerância estivesse se esgotando. Como se nessa fronteira surgissem dúvidas quanto à normalidade de certas condutas e a necessidade de algum cuidado a mais. E como a expressão dos conflitos ainda passa muito pelo corpo, o pediatra é geralmente consultado como interlocutor privilegiado e, como tal, poderá observar que a medicalização, nesses casos, pouco pode ajudar. Encaminhando os pais ou, mais frequentemente, a mãe ao psicanalista, o pediatra abre a possibilidade de pensar em abrandar o mal-estar corporal compreendido como sofrimento psíquico.

Além do pediatra, avós, familiares, amigos ou ainda professores sensíveis e observadores podem ajudar os pais a buscar uma compreensão e um tratamento psicanalítico bem cedo, aproveitando a maleabilidade da mente infantil.

## **A PEQUENA BRUNA**

A mãe de Bruna ligou solicitando um horário para o mesmo dia. Além da urgência em sua voz, havia a angústia em poder vir com seu marido, excepcionalmente disponível naquele dia. Recebi jovens pais aflitos, que não

sabiam como lidar com uma menininha que, já tendo aprendido a controlar os esfíncteres, voltara a se molhar e reter fezes, deixando na calcinha bolinhas amassadas.

Os pais descreveram a filha como uma menina que, ao longo do relato, foi se transformando num bebê. Bruna realmente estava entre as duas coisas: ao mesmo tempo era uma menininha de quase três anos que ia à escola, e era um bebê que pedia novamente fraldas, dormia num berço e falava muito pouco tanto o português quanto sua língua materna. Frequentava uma escola maternal nomeada por todos na casa como “a creche de Bruna”, e era levada a todo lado num carrinho de bebê.

Aos poucos foi ficando evidente, e os pais puderam perceber, como Bruna era mantida como o neném da casa, parecendo bem menor do que seu irmão, apenas dois anos mais velho. A partir do relato dos pais, fui acompanhando a inscrição do sintoma no corpo e sua manifestação na dinâmica familiar.

O pai trabalhava muito. A mãe – que deixara sua profissão para cuidar dos filhos – apresentava-se muito ambivalente: apesar de desfrutar de seu tempo livre, sentia muita falta de seu trabalho, e parecia ansiosa para ver a filha crescer, a fim de poder voltar ao mundo laboral. Vivia a regressão de Bruna como um pesadelo, uma tragédia infundável que a fazia sentir-se imersa no desespero – e, literalmente, “na merda”.

Inicialmente recebi mãe e filha para uma avaliação, com a ideia de uma psicoterapia conjunta, imaginando o sintoma como um conflito na relação entre ambas, mas Bruna tomou a dianteira e entrou na sala de crianças, deixando sua mãe do lado de fora. Queria toda minha atenção só para ela, encenando suas dificuldades por meio dos bonecos e da mobília de casinha, estabelecendo comigo uma relação transferencial imediata. Sua linguagem, mesmo na língua materna, era precária – e esse foi o idioma usado por nós duas nas sessões.

## ENQUADRE

Bruna entrava e saía da sala, mostrando desenhos e bonecos à mãe, ao mesmo tempo em que me procurava para brincar. Ela procurava a mãe, em abraços e idas ao banheiro, incluindo livrinhos da sala de espera, onde a mãe se mantinha preferencialmente. Nessas sessões Bruna abria e fechava a porta, ora procurando a mãe e me deixando só, ora fazendo o caminho inverso, lembrando muito a brincadeira do carretel descrita por Freud em *Além do princí-*

*pio de prazer* (1920/1976), uma vez que assumia posição ativa de controle da presença-ausência da mãe.

Numa clara parceria comigo, a mãe tomava conta da filha quando esta necessitava do banheiro, incentivando-a em seguida a voltar à sala, valorizando minha presença, assim como pronunciando claramente certas palavras do linguajar “bebê” de Bruna. Agia como uma intérprete da filha, investindo na linguagem e no crescimento.

Inicialmente eu tinha dificuldades para entender esse linguajar, porém, à medida que Bruna foi adquirindo uma fala mais articulada, a mãe foi abandonando tal forma de comunicação. Ligando-se a mim por meio das brincadeiras – e, aos poucos, por meio das palavras –, Bruna foi juntando sentimentos enquanto eu ia nomeando o que ocorria ali. Transitava entre o mundo em que o bebê se esparrama e o inunda com xixi, fezes e água, e a possibilidade de crescer, podendo brincar com os brinquedos de sua caixa e verbalizar sentimentos.

Entretanto, facilitar esse livre trânsito para o “ir e vir” de Bruna não foi algo automático por parte da mãe. Inicialmente ela tentava ouvir tudo o que dizíamos na sala, buscando acompanhar as brincadeiras da filha. E o que ouviu no princípio – Bruna ralhando com uma boneca porque havia molhado as calcinhas – impressionou-a positivamente. Permitiu-lhe perceber que sua filha trazia o problema para mim através do brincar, encenando o conflito, e assim acreditou que eu poderia ajudá-las. Dessa forma, a mãe pôde observar como Bruna a estava percebendo e, mais tarde, em nossos encontros, houve espaço para acolher seu narcisismo ferido e, com isso, reforçar a aliança terapêutica.

Encontrar-me com a mãe esporadicamente para cuidar de sua desesperança foi fundamental, pois sua ansiedade a levava a reações contraditórias: era uma mãe bastante amorosa, extremamente compreensiva, aceitando todos os transbordamentos de Bruna, mas quando esta não conseguia ser continente, se descontrolava e perdia as esperanças, contagiando a menina com sua aflição. Em nossas conversas, relatou como o marido desejava um terceiro filho, o que nesse momento era visto por ela como inimaginável. Seria esse um dos motivos de manter Bruna bebê?

Num dos encontros, a mãe sublinhou outros medos de Bruna: os cachorros e cavalos a assustavam muito. Relatou também as suas próprias dificuldades intestinais em situações de estresse. Lembrou-se das dificuldades da filha em relação a um afastamento temporário da babá.

O tempo foi assumindo contornos mais definidos no dia a dia do tratamento, à medida que estabelecemos uma rotina dos vários momentos da sessão:

- A chegada;
- Encontro com mãe e filha na sala de espera;
- Ida ao banheiro;
- Tempo de ficar na sala;
- Tempo de arrumar tudo e preparar-se para ir embora;
- A despedida

De minha parte, desde o princípio permaneci mais tempo dentro da sala, atenta a todas as manifestações não verbais, mas buscando manter-me sempre ligada às palavras, com um mínimo de contato corporal com Bruna, tanto quando de suas tentativas de se atirar em cima de mim (como fazia com a mãe), tanto em cuidados como limpá-la no banheiro ou trocar sua roupa nas ocasiões em que ela se molhava.

Com pouco tempo de tratamento, a família viajou de férias e Bruna regressou muito, abalando muito os pais.

## RETORNO DAS FÉRIAS

Quando reencontrei Bruna, ela se apresentava com ar de bebê abandonado. Seu olhar era triste, seus cabelos estavam mal penteados; voltara a usar fraldas o tempo todo, e estava com dificuldade para adormecer. A mãe, por sua vez, parecia à beira de um colapso. Bruna não atendia aos seus apelos para sentar-se no vaso sanitário e, pouco depois, molhava as calcinhas e deixava sair bolinhas de fezes, empestando o ambiente com seus odores. A oposição à mãe era ostensiva.

Mesmo compreendendo a aflição materna, observei as crises de birra e oposição dessa menininha como manifestações de vida frente a enormes níveis de ambivalência, desesperança e quase desistência por parte da mãe. Contratransferencialmente, eu me identificava com os movimentos de afirmação de Bruna, oferecendo o espaço psíquico necessário para escoar suas angústias e deixar aflorar a menininha mais integrada, ainda que birrenta, no lugar do bebê aflito.

Decidi então com a mãe que Bruna viria com a babá que voltara a trabalhar com eles, aumentando a frequência das sessões para duas por semana ao invés de uma só, como no princípio, devido à enorme resistência da mãe.

Nesse segundo momento foram se delineando, em paralelo, uma continuidade nos cuidados e a consequente continuidade psíquica (ARAGÃO,



2010) através da mãe, da babá, da escola e da analista. Com isso fomos alargando o espaço de continência e “revêrie” (BION, 1991, 1994), de maneira que nos movimentos de separação e aproximação entre a menina e sua mãe surgisse espaço para a sexualidade de Bruna, tanto nos movimentos corporais quanto nas brincadeiras com os bonecos.

## SEXUALIDADE À FLOR DA PELE

Bruna vivia intensamente seu conflito edípico, ora provocando e solicitando limites, ora se isolando, exercitando suas possibilidades de separação e individuação em relação a sua mãe. Oscilava entre movimentos de regressão e de progressão – como se de alguma forma adiantasse um adolecer precoce, entrando em conflito e se identificando com a figura feminina e transpirando sensualidade. Tinha uma atitude de rivalidade, desempenhando os diferentes papéis nas brincadeiras. Identificava-se com a menininha, com o bebê e com a mãe, tentando formar diversas duplas. Nessas brincadeiras, a menina ia para cama com o pai, e a mãe ficava com o bebê. Evidenciando seu desejo edípico, formava um par com o pai e defensivamente regredia, buscando o colo materno como um bebezinho.

A oposição frente à mãe aparecia também no consultório, com a babá e comigo. Em uma brincadeira, disse que era noite e que todos iam dormir. Colocou o papai com a menina e a mamãe com o bebê. Bruna confirmou minha observação quando eu disse: “então papai e mamãe não vão dormir juntos”, concretizando o desejo edípico de separar o pai da mãe ao brincar.

Em seguida, ela tentou arrancar a cabeça da “mamãe”, e quando mencionei a raiva que a menininha estava sentindo, ela largou tudo e me convidou para brincar de “comidinha”, encontrando, com isso, uma forma de me fazer calar, retomando em seguida o entra e sai da sala: outra forma de encenar o controle e o escoar das emoções.

Oposição e rebeldia, sensualidade e autoerotismo, mas, sobretudo, rivalidade com a figura feminina no vestir, no calçar, nos penteados e nos odores fazia lembrar uma pequena adolescente, ainda assustada com a intensidade de seus sentimentos escoados nas fezes.

Enquanto Bruna exteriorizava o ódio à mãe, e as duas mantinham entre elas certa distância, com a babá e a analista no meio, ficava visível o processo de integração da feminilidade. O caminho da simbolização estava pavimenta-

do: a linguagem deslanchava, as brincadeiras ficavam mais organizadas e os esfíncteres se normalizavam.

## FINALIZANDO

A mãe procurou ajuda, o pai a apoiou – e a filha agradeceu, desfrutando do atendimento. A família introduzida pelo casal teve a presença do pai mantida pelo discurso da mãe, da babá e dos jogos de Bruna.

O tratamento de Bruna foi individual, com momentos de psicoterapia conjunta com a mãe. Por sua vez, a mãe necessitou de acompanhamento, de perto no princípio, sendo necessária, num segundo momento, uma maior distância, com a babá substituindo-a e permitindo uma saudável separação entre mãe e filha.

Cuidamos da relação de mãe e filha e do emaranhado da dinâmica familiar, auxiliando Bruna a trocar a comunicação sígnica (ZUSMAN, 1994), diretamente no corpo, pela simbolização, desenvolvendo enormemente sua linguagem tanto no idioma materno quanto no português. Curiosamente falava em português na sala de espera, e no idioma materno comigo dentro do consultório de crianças, transitando assim entre seus vários níveis de desenvolvimento emocional. Podia regredir, falando na língua materna e lidando com aspectos bem primitivos, e logo se reestruturar para ir embora.

A demanda e o investimento de Bruna foram determinantes na escolha terapêutica. Teríamos, inclusive, seguido nos encontrando um pouco mais, se dependesse só de nós duas.

**Débora Regina Unikowski**  
deboraunik@gmail.com

## Referências

ARAGÃO, Regina Orth de. Où est ma maman? – Qui suis-je? Continuité psychique, continuité des soins. In: DENIS, Pierre (Org.). *Continuités des soins, continuité psychique*: dans les traces de Myriam David. Toulouse: Érès, 2010, p. 43-75.

BION, W. R. *O aprender com a experiência*. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

\_\_\_\_\_. Ataques à ligação. In: \_\_\_\_\_. *Estudos psicanalíticos revisados (Second thoughts)*. 3. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1994, p. 109-126.

FREUD, Sigmund (1920). *Além do princípio de prazer*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 13-85. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 18).

\_\_\_\_\_. (1923). *O ego e o id*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 13-83. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 19).

ZUSMAN, Waldemar. A opção sgnica e o processo simbólico. *Revista Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 153-164, 1994.