

O encontro entre o psicanalista, os pais e o bebê: novas considerações¹

*The encounter between the psychoanalyst,
the parents and the infant: new considerations*

Regina Orth de Aragão*

Resumo: O artigo descreve a clínica psicanalítica com pais e bebês, apresentando as linhas gerais dessa modalidade de tratamento. As especificidades dessa clínica, que se dirige não mais a um sujeito, mas a uma dupla ou tríade, produzem modificações no enquadre e na posição do analista; o tratamento dirige-se à relação e às suas perturbações, o que tem implicações importantes para o manejo da transferência. Os objetivos gerais dessa abordagem visam implementar flexibilidade e movimento no sistema relacional entre pais e bebê, dar crédito à força do desenvolvimento da criança e fortalecer suas pulsões de vida.

Palavras-chave: Clínica psicanalítica pais-bebê. Enquadre analítico. Psiquismo do bebê. Parentalidade

Abstract: *The article describes the psychoanalytical therapy with infants and parents, presenting the general lines of this sort of treatment. The specificities of this clinical work, which is offered non longer to one individual, but to a duet or a triad, produce changes in the setting and in the analyst's position; the treatment is addressed to the relationship and its disturbances, and this has important implications for the handling of the transference. As a general aim of this clinical approach one can propose the improvement in flexibility and movement inside the relational system between parents and baby, strengthening the developmental potential of the child, and his or her life instinct.*

Keywords: *Psychoanalytical therapy parents/infants. Analytical setting. Infant's psyche. Parenthood.*

1. Este artigo revisa, atualiza e complementa o artigo “O encontro entre o psicanalista, os pais e o bebê”, publicado na revista *Primórdios*, v. 3, n.3, 2014, p. 45-52.

* Psicanalista, membro efetivo do Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro (CPRJ). Doutora em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ). Professora e Supervisora do Curso de Especialização em Psicologia Clínica com Crianças da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ). Membro fundador e ex-presidente da ABEBÊ – Associação Brasileira de Estudos sobre o Bebê. Membro da WAIMH – World Association for Infant Mental Health.

Vamos tratar da clínica psicanalítica com pais e bebê, apresentando as linhas gerais e as especificidades dessa modalidade de atendimento. Uma das especificidades, central para esse trabalho, consiste no fato de a ação clínica se dirigir não mais a um sujeito, mas a uma dupla ou tríade. Essa condição exige e produz modificações no enquadre e na posição do analista. Por outro lado, e junto disso, o tratamento dirige-se à relação entre o bebê e seus pais, e às suas perturbações, o que tem implicações importantes para o manejo da transferência.

Em particular, a clínica psicanalítica dos primórdios da vida psíquica leva em consideração as particularidades do funcionamento psíquico da mãe e do pai que têm um filho pequeno, isto é, uma criança cujo uso da linguagem verbal ainda não é o modo prevalente de comunicação, em geral até por volta dos dois anos de idade.

Outra característica importante dessa modalidade clínica é o fato de a via de entrada na terapia ser em geral o sintoma do bebê. O bebê é apresentado ao analista como tendo um sintoma, a queixa vem pela manifestação da criança. Esses sintomas em geral se apresentam no campo das patologias funcionais do bebê, com expressão no corpo, por exemplo os distúrbios do sono, da alimentação, ou as manifestações psicossomáticas.

A demanda de atendimento pode ser apresentada também relacionada às dificuldades no vínculo entre mãe e bebê, eventualmente entre pai e bebê. Essas patologias relacionais precoces exigem do clínico uma grande delicadeza de abordagem, no sentido de evitar culpabilizar os pais para não agravar mais ainda as dificuldades no estabelecimento do laço com o bebê. Uma situação relativamente frequente nesse campo é ligada à depressão materna pós-parto, e, menos frequentemente, mas não menos importante, à depressão paterna após o nascimento do bebê.

A clínica psicanalítica com pais e bebês desenvolveu-se nas últimas décadas, em especial a partir dos anos 60 do século XX, constituindo um campo relativamente novo na psicanálise, de importância relevante, tanto por suas aplicações terapêuticas, como também pelo seu efeito preventivo para as crianças. As terapias pais-bebê se beneficiaram dos novos conhecimentos acerca das chamadas competências do bebê, bem como do aprofundamento dos conhecimentos psicanalíticos sobre os primórdios da vida psíquica.

Mantendo vigentes os parâmetros psicanalíticos, essa modalidade de atendimento também se enriqueceu com contribuições teóricas de outras áreas do conhecimento, como as pesquisas em psicologia do desenvolvimento,

em neurociências e em etologia, contribuições que têm se mostrado valiosas para a compreensão clínica, e também para o manejo do tratamento. Por outro lado, já temos hoje em dia uma tradição e uma bibliografia bastante significativas sobre essa clínica do início da vida, principalmente a partir das contribuições pioneiras de Winnicott (2000), que é um autor mais conhecido no Brasil, mas também de vários teóricos e clínicos, tais como Selma Fraiberg (1975, 1980), Myriam David (1960, 2001) Serge Lebovici (1987, 1997, 1999), Bertrand Cramer (1988), entre outros.

A clínica dos primórdios da vida psíquica já tem assim uma história de várias décadas, e apresenta grande riqueza de produção teórica. Importante frisar, aliás, que esse conhecimento do início da vida psíquica do bebê tem contribuído significativamente para a clínica psicanalítica geral, em especial para a clínica dos sofrimentos identificados como distúrbios narcísico-identitários, cuja compreensão se apoia sobre a hipótese da centralidade da experiência traumática suposta na relação com os objetos primordiais, revivida, repetida, na transferência.

Porém, à primeira vista, ainda parece muito surpreendente que a psicanálise chegue aos bebês, surpreendente e improvável, já que são indivíduos sem linguagem verbal desenvolvida e ainda limitados em suas possibilidades de simbolização pelo jogo e pelo brincar. Muitas vezes ouvimos a interrogação, atravessada por uma expressão de surpresa e por vezes de descrédito: “psicanálise com bebês? como assim?”. A psicanálise chega, sim, aos bebês, ainda que esteja longe de ser conhecida e aplicada em nosso país como uma abordagem que possa ajudar a criança e seus pais no período inicial da vida. Talvez em parte por falta de conhecimento dos profissionais da primeira infância, como médicos, pediatras, educadores; talvez, também, por falha dos próprios psicanalistas, que mantêm excessiva reserva sobre seus trabalhos e apresentam de modo insuficiente o que podem fazer nesse campo.

Mas, antes de tudo, para compreender que o bebê possa ser tratado psicologicamente há que considerar o pressuposto básico da sua abordagem terapêutica por meio da psicanálise, que é o de que ele tem uma vida psíquica. Essa é uma compreensão admitida de modo bastante recente na História. Constata-se uma dificuldade para admitir e, portanto, para reconhecer o sofrimento de um bebê, tanto o sofrimento físico como mais ainda o sofrimento psíquico. Um exemplo dessa dificuldade é a negação sustentada, até há pouco tempo, da dor física do prematuro e mesmo do bebê recém-nascido.

Segundo Bernard Golse (2004), há dois pré-requisitos para reconhecer o sofrimento psíquico do bebê: em primeiro lugar, admitir que ele tem uma vida psíquica e, ao lado disso, também superar seus próprios mecanismos de defesa e de negação.

Poderíamos destacar alguns fatores históricos e culturais para compreender esse movimento de resistência e as mudanças na maneira de ver o bebê, mas vou destacar os fatores no campo da psicanálise que produziram mudanças nesse olhar. Sem dúvida, duas descrições clínicas fundamentais no século XX, a do autismo infantil de Kanner e a dos quadros de depressão do bebê, de Spitz, foram determinantes na direção desse reconhecimento do sofrimento psíquico do bebê, na maior parte das vezes expresso por sintomas corporais.

No entanto, cabe a pergunta: por que negar o sofrimento do bebê? O nascimento, em nossa sociedade, deve ser visto ainda idealmente como um acontecimento feliz e a infância, em especial, é o suporte de nossa nostalgia profunda em relação ao paraíso perdido de nossos fundamentos narcísicos. Desse ponto de vista, o sofrimento do bebê destrói a idealização e traz para os pais culpabilidade e ferimento narcísico.

Esse ponto já indica a delicadeza da abordagem terapêutica, que deve ser conduzida de modo a permitir a retirada gradual e não traumática das construções defensivas dos pais. Além disso, é fundamental evitar anunciar aos pais um diagnóstico definitivo que poderia ter efeito paralisante e ainda aumentar o risco psíquico do bebê, pelo próprio efeito iatrogênico do diagnóstico, num momento da vida em que as relações entre pais e filhos estão em plena construção, e esse anúncio poderia vir a ter reflexos diretos sobre a constituição psíquica do bebê. Não trataremos aqui da discussão sobre o diagnóstico na primeira infância, tema complexo e multifacetado, porém é necessário lembrar que, nesse tempo inicial, constitutivo, não é possível estabelecer diagnósticos fechados e muito menos fazer previsões sobre o futuro da criança, em razão da labilidade do desenvolvimento infantil.

Há também o aspecto da negação do sofrimento pelos profissionais, indicando a importância do trabalho indispensável sobre a contratransferência, que considere a especificidade da relação com o bebê, mobilizadora de registros arcaicos no adulto. É preciso reconhecer a violência emocional que pode ser suscitada pelo encontro com o bebê, que detém o poder de juntar e de separar. No mesmo sentido, é também indispensável levar em conta as fantasias e idealizações dos profissionais em relação a maternidade e paternidade.

Podemos dizer que a psicanálise com bebês introduz não somente um novo campo dentro do cenário psicanalítico, mas cria novidades na clínica e na compreensão da estruturação do psiquismo, porque permite acompanhar no momento presente a construção do psiquismo, concomitante ao desenvolvimento das relações entre o bebê e seus pais. É daí também que advém a grande delicadeza dessa abordagem. O momento da inscrição do bebê, do seu traço, nos significantes parentais é, às vezes, carregado de ameaças, mas também rico em oportunidades de mudanças. Assim, a ajuda psicanalítica nesse tempo é potencialmente muito fecunda, podendo ser preventiva para o bebê e propulsora de mudanças ou reconstruções para a mãe e/ou para o pai.

Já sabemos bem que o papel do ambiente é fundamental no desenvolvimento do bebê e vai favorecer ou dificultar as primeiras integrações das experiências corporais e relacionais. O encontro com o outro, fundador para o bebê, pressupõe a reciprocidade, para a qual sabemos que o bebê está apto ao nascer, o que os estudos sobre as competências do recém-nascido confirmam. Ao mesmo tempo, o encontro do bebê com o outro, adulto, é marcado pela dissimetria. E é nesse espaço entre a reciprocidade e a dissimetria que vai se construir o psiquismo (ARAGÃO, 2016). O bebê se constitui psiquicamente por meio de sua relação primordial com o outro, e a consideração da importância crucial das relações entre os cuidadores e o bebê traz um novo foco para o campo clínico.

Assim, no encontro do psicanalista com o bebê e seus pais, não é mais um indivíduo o paciente em sofrimento, mas sim a dupla ou tríade. Até porque o sofrimento do bebê afeta profundamente seus pais e, reciprocamente, a patologia parental perturba de modo direto a criança e a estruturação do seu psiquismo. Na clínica pais-bebê, o tratamento dirige-se assim à relação e às suas perturbações, o que tem implicações importantes para o manejo da transferência. Como na clínica da infância, o analista lida aqui também com uma transferência múltipla; porém nas terapias pais-bebê temos em presença na cena clínica os dois ou três sujeitos envolvidos, o que traz uma grande riqueza à situação clínica, mas coloca grandes desafios ao terapeuta.

Na especificidade do encontro com o bebê, seu pai, sua mãe, existe muitas vezes uma dimensão de urgência em oferecer ajuda a uma criança e a uma família em sofrimento, o que vai exigir um dispositivo terapêutico adaptado, uma flexibilização da técnica psicanalítica. Nesse sentido, é preciso considerar a interpenetração do psiquismo do bebê com os psiquismos parentais (CRAMER; PALACIO-ESPASA, 1993), assim como avaliar o nível de desenvolvimento do

bebê. Da parte do analista, essas situações terapêuticas especiais requerem dele uma imaginação criativa e uma qualidade de atenção específica sintonizada ao bebê, implicando sua capacidade de identificação regressiva com a criança.

Nessa clínica então a atenção do psicanalista se volta tanto para os comportamentos do bebê e suas interações, como para as associações verbais da mãe e/ou do pai. Isso exige que suas intervenções tenham um caráter transicional, dirigindo-se ao mesmo tempo à criança e aos seus pais, levando em conta o laço que os une e também o espaço que os separa. A presença do bebê assim como a qualidade particular do funcionamento psíquico da mãe e do pai nesse momento da vida, conferem aos tratamentos precoces uma dinâmica específica que pede que arranjos particulares dos parâmetros técnicos habituais sejam realizados; conseqüentemente, teremos uma grande diversidade clínica. Mas, apesar das variações das abordagens clínicas, de modo geral diferentes de um trabalho analítico em longo prazo, existe um substrato comum, correspondente aos pilares da teoria psicanalítica, como a existência do inconsciente e dos processos primários, o recalcamento e a resistência, a transferência e a contratransferência, para citar alguns conceitos fundamentais.

As práticas atuais dos tratamentos precoces podem adotar diferentes formas, ora dirigindo mais o foco para o bebê, ora privilegiando os fantasmas maternos ou paternos, enfatizando os conflitos da parentalidade de cada um, relacionados aos lutos não elaborados de suas próprias infâncias, cujas conseqüências psíquicas podem ser transmitidas através das gerações. Espera-se que a regularidade dos encontros com o analista possa assegurar uma função continente das excitações e dos transbordamentos, e é a posição de terceiro do analista que poderá permitir o desenvolvimento do trabalho analítico.

Hoje sabemos que o bebê é dotado de muitos recursos, pois mesmo sendo totalmente dependente, é um sujeito ativo e receptivo no interior de uma espiral interativa com seus parceiros, construindo a continuidade e a estruturação do seu Eu segundo a evolução de suas relações primordiais. A comunicação precoce mãe-bebê é uma criação comum dos dois. A mãe interpreta o bebê que se organiza progressivamente adotando para si essa capacidade. Há uma mutualidade entre mãe e bebê, que podem se adaptar ativamente um ao outro, em seus comportamentos, emoções e afetos. Por isso tudo, muitas vezes na cena clínica a criança é a melhor parceira do terapeuta para produzir mudanças positivas que é capaz de desencadear pelas interações entre ela, seus pais e o analista.

Foi uma grande surpresa a descoberta das capacidades perceptivas do bebê e da multiplicidade dos canais de comunicação dos quais ele dispõe para experimentar na relação primária (TREVARTHEN, 1979). O recém-nascido é provido de um rico equipamento de comunicação pelos canais sensorio-motores, visual, auditivo, olfativo; são exemplos disso o reconhecimento rápido da voz da mãe e de seu cheiro, suas capacidades de imitação, a sincronização da motricidade modelada pelas inflexões da voz ou da mímica do objeto primordial. Todas essas aptidões serão desenvolvidas no encontro rítmico entre o bebê e a mãe, levando à constituição de uma ritmicidade conjunta. Assim, o bebê é um parceiro ativo, apto a perceber e a conhecer, até a provocar a comunicação. Estamos longe da visão de uma criança fechada em um estado anobjetal, inteiramente investida sobre si mesma, só reagindo quando as barreiras do para-excitação são rompidas.

Mas todas essas descobertas, baseadas nas observações dos comportamentos interativos, poderiam ficar unicamente no campo comportamental. Do ponto de vista psicanalítico, a noção de interação fantasmática, de B. Cramer (1988) também desenvolvida por S. Lebovici e L. Kreisler, traz toda a complexidade do que está em jogo nos encontros primeiros entre o bebê e seus cuidadores. Para Cramer, usando o conceito de *holding* de Winnicott para ilustrar essa dupla figura transacional, o valor fantasmático se refere ao funcionamento psíquico específico da maternalidade, que se expressa na interação corpo a corpo entre a mãe e o bebê, e é nessa inscrição corporal, perceptiva, motora e rítmica, que se pode discernir a relação de objeto em sua dimensão fantasmática, imaginária e inconsciente, dimensão para a qual a atenção do psicanalista se dirige.

Várias são as abordagens terapêuticas possíveis e elas precisam levar em conta o tipo de sofrimento apresentado. A sintomatologia mais frequente dos bebês refere-se aos distúrbios funcionais, e às manifestações psicossomáticas. É por este motivo que a clínica da primeira infância é denominada uma “clínica psicossomática” (GOLSE, 2003; DEBRAY, 1999) pois, através das manifestações corporais, o bebê encena o mal-estar das relações que lhe afetam. Transtornos da alimentação, do sono, agitação, sintomas dermatológicos, adocimentos frequentes, constituem grande parte dos sintomas apresentados pela criança, e que por se expressarem no corpo muitas vezes não são compreendidos pelo pediatra como manifestação de sofrimento psíquico. Essa sintomatologia reflete uma dor encenada no corpo, ainda não simbolizada, mas que

pode ser traduzida em sua dimensão de sofrimento psíquico para unificar corpo e psiquismo. É surpreendente a capacidade do bebê de responder à verbalização oferecida pelo terapeuta, e às palavras que circulam entre pais e analista na cena clínica. Assim, de modo geral, é preciso que o psicanalista leve em conta ao mesmo tempo as sequências comportamentais e interativas entre pais e bebê, as fantasias dos pais e seus conflitos em torno da parentalidade, sempre considerando as características próprias do bebê.

Não se pode esquecer que tais parâmetros se aplicam a uma realidade clínica que envolve, de um lado, os pais com suas histórias edípicas e pré-edípicas, e de outro, um ser com o psiquismo em vias de constituição. E envolve os pais num momento de extrema vulnerabilidade, mais evidente na figura materna, mas também importante no pai, correspondente a esse período da vida em que se trata de mudar de lugar na cadeia geracional, sobretudo quando se trata de um primeiro filho, com todo o apelo às identificações e contra-identificações a serem mobilizadas no encontro com o filho, objeto de projeções e idealizações, que são, no entanto, necessárias para a constituição do bebê.

Ademais, a urgência muitas vezes presente e a duração mais breve desse tipo de terapia levam o analista a ser mais cuidadoso e seletivo em suas intervenções, pois se trabalha em geral com um foco do tratamento. Como conciliar essa necessidade de focalizar e limitar a intervenção com a desejada abertura para o inesperado, para a surpresa e para o imprevisível do inconsciente e de cada caso singular? Trata-se para o analista de lidar com a incerteza e com a dúvida, ao mesmo tempo em que a intervenção precoce, ou “a tempo”, exige que rearranjos benéficos para o bebê e seus pais possam se organizar rapidamente. E sabemos que, muitas vezes, quando um pai e uma mãe consultam tão cedo, geralmente está presente a sensação de caos, de desorganização, de impotência, e é preciso que este estado caótico possa se alojar no psiquismo do terapeuta para ser por este metabolizado e devolvido aos pais de modo mais elaborado, permitindo uma melhor organização dos afetos, angústias e fantasias.

Nessa perspectiva, o cuidado do clínico aqui é muito delicado, pois tratamos de sujeitos às voltas com a tarefa psíquica de cuidar de seu filho pequeno, que envolve desafios e mobilizações narcísicas muito intensas, com a consequente sensibilidade na constituição das representações de si enquanto pai e enquanto mãe. Disso decorre que a posição de escuta e de receptividade do analista em relação aos pais deve transmitir o respeito pela intimidade psíquica deles como sujeitos e como pais da criança em consulta, como propunha Victor

Guerra (2010). Assim, os pais falarão do que puderem e até onde possam, e o terapeuta os acompanhará até onde eles lho permitam e até onde o terapeuta possa ir também. Esses limites e cuidados são necessários, porque para os pais o analista é um desconhecido, que vai se introduzir em seus sonhos, fantasias, desejos e temores, partes daquilo que os une e os separa de seu bebê.

Porém, não é somente o discurso verbal dos pais que deve ser escutado, pois há também uma comunicação feita de silêncios, gestos, olhares, mímicas e movimentos corporais. Essa comunicação não verbal, que se passa no corpo, é tão importante quanto a comunicação verbal, e é necessário estar atento aos dois níveis de linguagem, às coincidências e divergências entre eles que nos informam sobre o encontro e o desencontro de ritmos e de sincronias, sobre a estrutura interativa precoce, sobre a harmonização afetiva entre os pais e o bebê (STERN, 1989).

Os pais constroem diferentes hipóteses ou histórias sobre o porquê das atitudes de seu filho. O sintoma do bebê, qualquer que seja ele, muitas vezes se instala como um corpo estranho e produz uma profunda ferida narcísica nos pais. Por outro lado, a constituição do sintoma na criança pequena articula-se no plano intersubjetivo com a fantasmática parental, através das interações fantasmáticas. A pergunta sobre o que foi projetado e sobre qual aspecto da vida psíquica do filho se deu a projeção, servirá como um guia na condução do tratamento.

O encontro com um bebê suscita no analista uma carga emocional intensa e eventualmente desestabilizadora, e este é solicitado não mais somente pelo que ouve, mas também pelo que vê. Ele é objeto de um bombardeio sensorial e perceptivo, que exige uma qualidade especial do trabalho psíquico implicado. Do lado do analista é fundamental exercitar sua capacidade de esperar, de suportar o caos, o informe, antes de intervir. O trabalho analítico visará aqui também à instauração de um espaço psíquico para o pensamento, alargando o campo das representações, com um aspecto importante reservado para as funções de continência do analista e do próprio enquadre que, nessas terapias da tríade muitas vezes substituem o procedimento interpretativo habitual. Do ponto de vista econômico, trata-se de conter as excitações ligadas à angústia materna ou paterna que se expressam nos sintomas do bebê.

Cramer e Palacio Espasa (1993) referem-se ao psiquismo parental do pós-parto – até por volta dos dois anos de idade da criança – como uma neoformação psíquica, que permite mudanças inesperadas e facilita aberturas ao trabalho terapêutico. Porém, é preciso também considerar a complexidade

dessa situação, decorrente da revolução afetiva vivida pelos pais, que estão inaugurando suas funções parentais ao mesmo tempo em que estão lidando com o filho, sua criação. Ao analista, pede-se aqui que atravesse movimentos identificatórios complexos e variados, arcaicos e edípicos, em eco com as diversas crises sobre o fundo da crise identitária da parentificação. As especificidades desse período inicial, como a suspensão do recalçamento próprio da maternidade e os remanejamentos psíquicos da parentalidade, produzem um momento fecundo, que se caracteriza por uma maior reversibilidade dos distúrbios e uma facilidade de elaboração dos tempos falhados (perdidos) ou dos traumatismos.

Como objetivo geral dessa abordagem pode-se propor o de colocar jogo e movimento no sistema relacional entre pais e bebê, dando crédito à força do desenvolvimento da criança, fortalecendo suas pulsões de vida. Sem esquecer também que, como sabemos, toda melhora do bebê produz uma melhora do narcisismo dos pais que, por seu lado, repercute positivamente sobre os cuidados e a relação com o filho.

Concluindo, podemos afirmar que os conhecimentos sobre os processos iniciais de subjetivação oferecem elementos para compreender o sofrimento psíquico em qualquer momento da vida. A clínica com crianças e em especial a clínica com bebês, como também a clínica da psicose e dos estados-limite, nas quais os aspectos narcísicos e identitários são predominantes, têm levado a mudanças das teorias sobre o cuidado psíquico, que passam a enfatizar os processos de continência e o campo da intersubjetividade como o lugar da análise (ARAGÃO, 2016). Essa condição leva a refletir sobre os fundamentos da posição clínica, já que o cuidado em última instância exige entrar em contato com os aspectos infantis e arcaicos do sofrimento psíquico, aqueles que provocam as experiências mais perturbadoras e mais desestabilizadoras (CICONE, 2011). Trata-se então de caminhar para além, ou para aquém, do infantil edipiano, para trilhar a pista das experiências primitivas, do período não verbal do desenvolvimento infantil, aquele situado essencialmente nos dois primeiros anos de vida.

Regina Orth de Aragão
reginaortharagao@gmail.com

Referências

ANZIEU-PREMMEREUR, C.; POLLAK-CORNILLOT, M. (Org.) *Les pratiques psychanalytiques auprès des bébés* Paris: Dunod, 2003.

ARAGÃO, R. O. Quem é esse bebê, tão próximo, tão distante. In: ATEM, L. M. (Org.). *Os cuidados no início da vida*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

_____. *Presença/ausência materna e os processos de subjetivação*. Tese de Doutorado. PUC-RJ, 2016.

ARAGÃO, R. O.; ZORNIG, S. A. Clínica da relação pais/bebê: novos paradigmas para a psicanálise. *Pulsional Revista de Psicanálise*, São Paulo, Ed. Escuta, Ano 22, n. 4, dezembro de 2009.

CICCONE, A. *La psychanalyse à l'épreuve du bébé*. Paris: Dunod, 2011.

CRAMER, B. *Profession bébé*. Paris: Hachette, 1988.

CRAMER, B.; PALACIO ESPASA, F. *La pratique des psychothérapies brèves mères-bébé. Études cliniques et techniques*. Paris: PUF, 1993.

DAVID, M. (1960). *L'enfant de 0 à 2 ans*, 4.éd. Toulouse: Privat, 1991.

_____. (Org.). *Le bébé, ses parents, leurs soignants*. Ramonville: Dossier Spirale, Erès, 2001.

DEBRAY, R. Os princípios das consultas e das terapias dos bebês com distúrbios somáticos. In: GUEDENEY, A.; LEOVICI, S. (Org.). *Intervenções psicoterápicas pais/bebê*. Porto Alegre: Artmed, 1999.

FRAIBERG, S.; ADELSON, E.; SHAPIRO, V. Ghosts in the nursery. A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 14(3), p. 387-421, 1975.

FRAIBERG, S. *Clinical Studies in Infant Mental Health: The First Year of Life*. New York: Basic Books, Inc., 1980.

GOLSE, B. O bebê, seu corpo e sua psique: explorações e promessas de um novo mundo. In: ARAGÃO, R. O. (Org.). *O bebê, o corpo e a linguagem*. São Paulo: Ed. Casa do Psicólogo, 2004.

_____. *Sobre a psicoterapia pais-bebê: narratividade, filiação e transmissão*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

GUERRA, V. O ritmo na vida psíquica: entre perda e reencontro. In: ARAGÃO, R. O.; ZORNIG, S.A. *Nascimento: antes e depois – cuidados em rede*. Curitiba: Honoris Causa Editora, 2010.

LEBOVICI, S. *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1987.

_____. *L'arbre de vie - éléments de la psychopathologie du bébé*. Ramoinville: Éd. Eres, 1999.

LEBOVICI, S.; GUEDENEY, A. *Interventions psychothérapeutiques parents-jeunes enfants*. Paris: Éd. Masson, 1997.

STERN, D. N. *Le monde interpersonnel du nourrisson. Une perspective psychanalytique et développementale*. Paris: PUF, 1989.

TREVARTHEN, C. Communication and cooperation in early infancy: a description of primary intersubjectivity. In: BULLOWA, M. (Ed.). *Before Speech: the Befinining of Human Communication*. London: Cambridge University Press, 1979. p. 321-347.

WINNICOTT, D.W. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.