

# REVISTA DE INFORMAÇÃO LEGISLATIVA

Brasília • ano 44 • nº 176 • edição especial  
outubro/dezembro – 2007

**3º Fórum Senado Debate Brasil**  
**Políticas para a Primeira Infância:**  
**Quebrando a Cadeia da Violência**

## Construindo a aliança terapêutica nas terapias da primeira infância

Salvador Celia

Foi com Selma Fraiberg, na década de 70, com seus estudos sobre bebês com deficiência visual, que se iniciaram as terapias psicoterápicas propriamente ditas da primeira infância. Coube a ela introduzir a presença do bebê, a visita domiciliar e a colocação dos pais numa situação de pacientes e colaboradores da terapia do desenvolvimento. De lá para cá, autores como Lebovici, Cramer, Espasa, Fonagy, Stern, Moro, Mazet, Golse, Guedney, entre outros, têm colaborado e enriquecido essas terapias.

Encontrei no livro de Stern e G. Viziello, "Dalle cure materne ale interpretazione" importantes considerações que muito me auxiliaram para a aplicação das estratégias terapêuticas, em nível privado, institucional ou comunitário. Nesse livro, Stern enfatiza que os vários aportes se diferenciam apenas pelos diversos pontos de entrada no sistema, eis que suas essências são as mesmas.

Em minha atividade privada, ou em saúde pública e na formação pedagógica, tenho me apoiado em vários referenciais teóricos, como o da abordagem do desenvolvimento de Fraiberg, o interativo de McDonough, o psicoterápico analítico de Lebovici, Cramer, Espasa, Golse, o de etnopsicanálise de Moro, o de Touchpoints de Brazelton e o de visitas domiciliares adaptadas de Morales e Stoleru, entre outros.

Salvador Celia é Psiquiatra e professor titular de Psiquiatria da ULBRA (Canoas, RS) e presidente da Federação Latino-Americana de Psiquiatria da Infância, Família e Profissões Afins (Flapia).

De qualquer modo, as idéias das interações, das relações das transmissões, dos fantasmas fazem das terapias da primeira infância um instrumento especial, único e poderoso no sentido terapêutico e preventivo. Stern, nesse mesmo livro, coloca quatro observações de muita utilidade: deve-se observar a natureza do sistema “Pais-Crianças” sob o qual age o terapeuta; a natureza do “transfert” no ambiente clínico; a natureza temporal da elaboração no contexto do desenvolvimento e a virtude de uma cura transferencial; e, por último, a ênfase na saúde e nas características clínicas positivas.

O primeiro item refere-se ao estudo das mais variadas interações possíveis nas trocas bebê-mãe-pai e vice-versa, quando o terapeuta pode tanto observar o bebê como paciente, ou os próprios pais dentro do sistema, ou mesmo nas representações que os pais põem no bebê.

O segundo item enfatiza a natureza do “transfert” dentro do ambiente clínico. É uma transferência muito forte e que se forma rapidamente. Esse “transfert positivo” sem dúvida facilita o trabalho terapêutico.

Cramer e Brazelton, no livro “Primeiras Interações” salientam a energia positiva dos pais para serem os melhores pais possíveis; e Stern ratifica o fato de que há um falimento na função genital, estando os pais prontos para terem uma transferência imediata, positiva e idealizada, na maioria das vezes. A transferência não é analisada e há uma “cura na transferência”. Logo, a parte positiva do “transfert” é muito preciosa e precisa ser utilizada.

No terceiro item, a natureza temporal da elaboração é vista no contexto do desenvolvimento e a virtude de uma cura transferencial, eis que os adultos têm uma elaboração horizontal, onde o tratamento e a resolução de um problema leva em conta o ambiente de vida no trabalho, em casa com a mulher, com a família.

No atendimento pais-bebês é diferente, pois às vezes o problema encontra-se na

área da alimentação, meses depois pode aparecer outro problema, talvez na área do sono, ou quem sabe aos 14 meses, na esfera do problema da separação. Então, diz Stern, a “elaboração aqui é vertical no tempo”.

O último item mostra a ênfase na saúde e nas características clínicas positivas, destacando três condições:

1º) o desenvolvimento por ele mesmo, feito um motor de muita energia. No adulto, essa energia está débil, às vezes quase inexistente. No bebê, está ativa, buscando a maturação;

2º) o atendimento deve estar direcionado não na motivação, mas na direção, lembrando Brazelton e seus “touchpoints”;

3º) o “transfert” positivo, fortalecido pelas feridas narcisísticas dos pais.

Essas premissas de Stern colocaram “luz” em minhas considerações sobre as terapias que uso há 20 anos em nível individual, ou comunitário: na Saúde Pública (1983), quando profissionais como pediatras, ginecologistas, médicos comunitários, entre outros, relatavam os bons resultados conseguidos em atendimento ambulatorial em Centros de Saúde, em grupo ou individual e em visitas domiciliares (1992). Ou quando, em 1997, estudantes de Medicina passam a atender bebês carentes em visita domiciliar e, depois, em 2000, transferem-nos para o consultório, com resultados muito satisfatórios.

Nossa formação, embasada na convivência prática com Cramer, Espasa, Sandra Serpa, Lebovici, Mazzet, Golse, Guedney, Moro, entre outros, muito contribuiu para buscarmos a certeza de nossas estratégias.

Além disso, os referenciais teóricos da linha de Bowlby (Base Segura), Stern (Constelação da Maternidade), Monique Bydlowski (Transferência Psíquica), Fonagy (Função Reflexiva) nos forneceram suporte para as ações terapêuticas.

A idéia de a terapia começar nos “cuidados maternos”, no “*holding*” Winnicottiano, na “Base Segura” de Bowlby, nos iniciou no entendimento para a busca da

aliança terapêutica, embasada na empatia tão valorizada por Lebovici.

Spitz e seus estudos, inclusive seu filme "Depressão Anaclítica", são, na verdade, o começo de tudo. A falta da maternagem, da mãe cuidadora, da mãe ambiente ou a perda dela, como no filme de Spitz, expõe as razões da psicopatologia nessa idade, possibilitando também chegarmos à cura. Isso tudo só poderá ser conseguido quando o terapeuta construir a "aliança terapêutica". Essa aliança está ligada à capacitação de se formar vínculos. O terapeuta tem a necessidade de usar de empatia para chegar a essa construção. Como desenvolver, como chegar a ela, é o verdadeiro desafio. Sabemos que a empatia tem suas raízes nas primeiras relações do bebê com sua mãe, onde a sintonia e a contingência poderão ou não se desenvolver.

Assim, é necessário olhar, escutar com o coração, "como amantes fazem", para avaliarmos a sistemática das interações e as profundidades das relações.

O terapeuta precisa, além dos conhecimentos teóricos, preparar-se para a prática, desenvolvendo suas capacidades humanísticas.

É possível melhorar-se a empatia mesmo quando adultos. Práticas criativas, lúdicas, como teatro, dramatizações corporais ou emocionais, dançar, contar histórias, participar de discussões de cinema são algumas das atividades que podem levar a uma melhor capacidade de empatia que, como sabemos, também é pré-verbal.

Pesquisa feita numa universidade europeia tradicional, com ensino conservador, mostrou que, ao nela ingressarem, os estudantes tinham 2.02 de coeficiente empático e, ao saírem, 6 anos após, seu coeficiente era de 2.04, ou seja, nada mudaram, comparando com outras escolas e outros sistemas de ensino, onde os estudantes chegaram a 4.06.

Em nosso meio, no trabalho com pediatras, alunos de um Curso de Saúde Mental, foi visto que, após o uso de técnicas dramá-

ticas, entre outras, o índice de empatia após 2 anos teve uma significativa mudança. Foi usada a "Escala de Empatia de Davis", além de observações de material clínico anamnésico e de vídeo entrevistas. Interessante é o assinalamento de que no primeiro ano havia mudanças, mas que essas não eram ainda significativas.

Satisfeitas as condições de empatia, de um *observador atuante*, o terapeuta irá se apoiar nos estudos que nos mostram que os pais, não somente as mães, estão em busca de uma "reativação massiva de suas necessidades de dependência e de apego", assim como de uma "base segura" a qual aspira todo o ser humano em situação de estresse.

Muitas das minhas atividades nessa área foram dedicadas a famílias em situações de risco, com dificuldades econômicas e sociais; todavia, no decorrer do trabalho observei que a maioria das técnicas indicadas para essa população de riscos, guardadas as proporções, podem ser utilizadas em várias situações e na grande maioria das famílias e seus bebês.

Assim, cada vez me volto mais para o problema da depressão materna e suas conseqüências, fazendo disso um verdadeiro problema de Saúde Pública. Em populações mais carentes, essas situações podem chegar até 25 ou 30% e, nas mais favorecidas, até 15%.

Penso, então, na falta de eficácia do atendimento pré-natal. Em nosso país, além da alta prevalência em adolescentes (20 a 22%), vemos que o atendimento, apesar das recomendações governamentais de 4-6 visitas durante o período, longe está de chegarmos a uma qualidade razoável. Tanto assim que, em uma pesquisa feita em 1992 com mães de bebês desnutridos, em Porto Alegre, verificou-se que todas apresentavam depressão, embora tivessem passado pelo atendimento pré-natal, sem nenhum reconhecimento médico do quadro depressivo. Em 2003, o *British Medical Journal* nos traz um estudo onde pediatras,

entrevistando 289 mães, de um total de 89 deprimidas, só reconheceram 29.

É necessário, no atendimento pré-natal, informar e dar conhecimentos do que Monique Bydlowski nos descreve como “Transparência Psíquica”. Toda mãe tem a necessidade de encontrar alguém, um espaço para contar do bebê, da criança que foi, do que viveu na sua infância, dessa transparência que, se foi negativa, terá consequências na vida gestacional e na vida do futuro bebê. O período da gestação é um momento especial em que a mãe se encontra numa “labilidade” afetiva, necessitando muito de um acompanhamento de *holding*.

O trabalho psicoterápico, se possível, deve envolver o companheiro, ou mesmo algum familiar, dando início a uma verdadeira parceria inicial do terapeuta na promoção dessas intervenções, além da característica de ser o mais precoce possível.

Voltando a Stern, seus conceitos de “Constelação Materna”, listados a seguir, são de grande profundidade para o encaminhamento da compreensão dos casos, da avaliação clínica, do prognóstico e das estratégias terapêuticas. Desse modo: vida e crescimento, relacionar-se consigo mesmo e com o bebê (empatia, sintonia), a rede ou matriz de apoio, a nova identidade são os 4 itens que uso constantemente, tanto na minha experiência clínica, como na didática com meus alunos.

A idéia de que não se trata de um complexo e, sim, de uma constelação, a idéia de que não é o momento edípico e, sim, o da proteção, suporte, *holding*, até chegarmos ao “tipo transferencial da boa avó ou bom avô” constiuem as matrizes de algo profundamente enriquecedor.

Voltando a Bowlby, Ainsworth, e seus ensinamentos sobre os tipos de apego, “o evitante”, entre outros, tudo nos habilita a entender, reflexionar, estudar a contra-transferência negativa, fazendo-nos capazes, por vezes, de mudarmos nosso posi-

cionamento. Se esse for no rumo contrário da empatia, isso tornará o atendimento impossível.

Nossos alunos de Medicina, seja nas visitas domiciliares dos primeiros anos da faculdade, ou mesmo como estudantes quase no final do curso, em atendimento ambulatorial, vivenciaram constantemente essas situações que, quando não entendidas, lhes causam frustração e desesperança. Só assim são capazes de reverter o atendimento e chegar a uma real ajuda, graças ao conhecimento técnico e à necessária supervisão.

Em “A profissão bebê”, Cramer nos ensina a avaliar as expectativas e as responsabilidades colocadas nos bebês, quando lhes são atribuídos papéis que não estão aptos a executarem de forma sadia. Muitas vezes o “papal” designado a exercer é o de “terapeuta”, geralmente da mãe depressiva, tarefa que só alguns, pelas suas excepcionais habilidades e competências, aliados a uma depressão não muito severa da mãe, podem executar. Esse papel, essas projeções, fantasias, às vezes tão fortes, marcam ou deixam os bebês “enjaulados”, presos a um destino difícil de escapar. Temos visto, por exemplo, os casos de bebês substitutos, os que vêm para elaborar o luto parental, com muita freqüência, entre tantos casos clínicos atendidos. Costumo dizer que, na verdade, nem todos os bebês estão possuídos do “Gasparzinho, o bom fantasminha”.

Em nossa prática clínica e no acompanhamento da supervisão de casos, temos visto que mesmo a população mais carente, onde recomendamos o uso de técnicas, tipo *holding*, de abordagens interativas, ou do desenvolvimento, tem-se beneficiado enormemente da possibilidade de os pais, principalmente a mãe, poderem falar, contar, recontar, reconstruir sua história emocional. É a “cura pelas palavras”, em que precisamos acreditar sempre que criamos uma aliança terapêutica, embasada na empatia. Além disso, procuramos

sempre trazer o bebê nas entrevistas, seja no consultório ou na visita domiciliar. Sua presença tem mostrado suas potencialidades, de grande ator e de grande catalisador do processo das emoções que estão sendo dramatizadas ou re-encenadas. A combinação dos fatores comportamentais, interativos, aliados à compreensão psicodinâmica (projeções) e do desenvolvimento, tem nos trazido mais chances de realizar melhor nossas funções terapêuticas.

A ecleticidade deste entendimento, dessas teorias, dessas idéias de os pais serem parceiros do desenvolvimento, querendo o melhor para seus filhos, ou mesmo quando os consultamos sobre o que acham do tratamento e o que esperam, são ferramentas essenciais para uma boa instrumentação das técnicas psicoterápicas.

Cramer, Espasa, Serpa e sua escola em Genève nos dão um claro exemplo, quando chegam ao ponto de mostrar vídeos e

perguntar aos pais o tipo de terapia que desejam, chegando a uma comprovação no *follow-up* dos acertos paternos.

Gostaria de lembrar que o uso dessas técnicas não são restritas a profissionais clássicos como da área “*psi*”: entre outros, pediatras, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e agentes de saúde, além dos estudantes de Medicina, podem obter bons resultados com o seu aproveitamento. O pediatra é, sem dúvida, o principal Agente de Saúde Mental, não só na área médica. É ele que poderá fazer o diagnóstico de depressão pós-parto com mais visibilidade. E que tem a chance de acompanhar a interação mãe-bebê desde os seus primeiros momentos. Um pediatra, com razoáveis conhecimentos da área de saúde mental, poderá acompanhar, dar *holding* e, se necessário, encaminhar o bebê para atendimento especializado, de forma menos traumática, evitando a iatrogenia.