

As tramas do enlace intersubjetivo

De acordo com Ainsworth (1989) o apego seria uma *subclasse* do laço ou vínculo afetivo, onde um indivíduo tem grande significado para outro e isto não é intercambiável. Nesta perspectiva, o laço afetivo, como fenômeno e estrutura, teria origem no apego, onde o indivíduo busca segurança ou conforto na relação.

Concordamos com Montagner (1998), para quem a vinculação consiste em um complexo fenômeno que contém características que variam em função de fatos acerca da história pré-natal, neonatal e pós-natal do bebê e seus pais, envolvendo também a biologia, o ambiente, o psiquismo e a fantasia neste contexto. Bowlby (1969) postula que os comportamentos de apego utilizados pelo bebê para manter a proximidade com a mãe teriam origem na evolução da espécie humana e, portanto, seriam pré-formados. Tais idéias também estão nos fundamentos teóricos de Brazelton (1981), Stern (1985), Emde (1988) e Tronick (1998). Estes autores admitem a evidência inata no bebê humano para a interação com as pessoas, assim como, ao mesmo tempo, a mãe teria a competência para reconhecer os estados emocionais do seu bebê e responder-lhe de maneira singular.

O impacto da notícia do nascimento do filho portador da síndrome de Down afeta esta relação, principalmente quando a parentalidade se inaugura, isto é, quando exatamente este bebê é o primeiro filho do casal. A responsividade do bebê trissômico também difere do que se espera de um bebê não sindrômico nascido a termo. Desde os primeiros meses as crianças com síndrome de Down têm mais dificuldades em manter a atenção com relação aos estímulos externos e, portanto, são menos interativas, respondendo menos a mãe. No entanto, isto não significa que não são capazes que manter a atenção e entrar no jogo comunicacional com o adulto, e sim que a manifestação da comunicação nestes bebês acontece de maneira diversa das crianças sem a síndrome (Rodrigo e Palácios, 1988). Portanto, segundo Casarin (2001) o bebê portador da síndrome de Down é visto como menos responsivo e as suas mães não têm os referenciais necessários para respondê-los. Neste caso, frequentemente, temos uma família em

risco, os vínculos estão ameaçados e isto pode causar desdobramentos em todos os âmbitos da vida dos pais e da criança.

No caso da criança com síndrome de Down estas primeiras interações ficam comprometidas e atravessadas pelo impacto que a notícia do diagnóstico produz sobre a família, podendo causar uma dificuldade nas mães que lhes tolhe a espontaneidade. Tal fato além da trissomia pode também atingir a criança, visto que incide sobre a ligação afetiva entre ela e a sua mãe que constitui condição fundamental do desenvolvimento infantil (Melero, 1999).

Ainda podemos acrescentar que a dificuldade que a nossa sociedade apresenta em relação as diferenças, e por conseqüência às pessoas portadoras de deficiência, instaura um preconceito generalizado com o qual os pais vão ter que lidar internamente e externamente na interação com os filhos. Os sentimentos que surgem de acordo com tais idéias e os seus efeitos possíveis vão estar presentes nas relações familiares e sociais e seu conteúdo pode ser nítido ou camuflado (Casarin, 2001).

Bolsanello (1998) menciona a importância do trabalho com as mães de bebês portadores de deficiência, pois observou em sua pesquisa reações intensas de dor, angústia, medo, confusão mental, desespero e uma sensação geral de incapacidade e incompetência que se desdobram em uma grande dificuldade em exercer a função materna, afastando mãe e criança dentro de um plano psíquico no qual a mãe poderia ser sensível às necessidades do bebê. Notou que tais dificuldades manifestam-se através de ações que envolvem a amamentação, o toque e o cuidado com o bebê. A autora ainda acrescenta que a maioria das parturientes estudadas consideravam a condição do bebê como um castigo de Deus o que ela considera uma possível explicação para os intensos sentimentos de culpa que as mães demonstram na constatação de um diagnóstico de deficiência, inferindo que tais sentimentos interferem na interação mãe-bebê.

Winnicott (1945, 1958, 1964, 1965a, 1965b, 1971) e Bion (1962, 1964), assim como Bowlby (1969, 1973, 1980), ressaltam a importância dos cuidados maternos relacionando-os à saúde mental da criança, destacando particularmente o aspecto relacional no início da vida. No caso do bebê portador da síndrome de Down, pensamos como o delicado compasso que situa um sujeito dentro de uma perspectiva intersubjetiva pode funcionar na presença deste corpo diferente que rompe a continuidade de ser dos próprios pais e de sua ascendência. Como

consequência, tais condições interferem em seu psiquismo e produzem fantasias particulares a este contexto, envolvendo ódio, culpa, impotência e fracasso, principalmente nos primeiros dias que seguem ao nascimento do bebê, potencializadas pela notícia do diagnóstico da síndrome de Down.

A complexidade do estudo das primeiras interações pais – bebê nos fez imaginar uma trama com diferentes teceduras sobrepostas. A riqueza da complementaridade dos conhecimentos que envolvem a biologia e os estudos mais recentes em relação às competências do bebê, assim como os estudos psicanalíticos que colocam a emergência do sujeito nas relações, parece-nos fundamental para pensar a inserção psicossomática do bebê trissômico.

Fonagy (2001) observa que uma guerra foi travada entre a psicanálise e a teoria do apego e que Bowlby, depois da década de 60, quando primeiramente formulou este conceito, tornou-se uma pessoa relativamente isolada dentro da psicanálise. Vários psicanalistas (Freud, A., 1960, Schur, 1960 e Spitz, 1960) criticaram sua teoria como não-dinâmica e mecanicista. Segundo, Marrone (1998) alguns teóricos fizeram comentários depreciativos dos seus trabalhos sem nem ao menos lê-los e pior, afirmaram que “Bowlby tratava os humanos como se eles fossem animais” (Grosskruth, 1987 *apud* Fonagy, 2001, p.2; tradução nossa). Ainda assim, na opinião do autor, a teoria do apego constrói uma ponte entre a psicologia e a teoria da clínica psicodinâmica. Seu argumento baseia-se na descontinuidade encontrada nas pesquisas de ambos os campos. De um lado, a observação “confiável” (Fonagy, 2001, p.5; tradução nossa) e de outro uma retórica e especulativa construção teórica. Para Fonagy, a teoria do apego de Bowlby teria raízes nos dois campos de trabalho o que tornaria possível, a seu ver, uma integração de idéias proveitosa para o campo psicanalítico.

A compreensão de Ainsworth (1978) acerca da teoria do apego serviu para reorientar o estudo deste campo, pois através do experimento *Strange Situation*, ela pôde notar que não era a separação, isto é, a ausência física da mãe, a chave para o entendimento da resposta da criança, e sim, a avaliação da criança sobre a saída da mãe dentro de um contexto não esperado e, portanto, imprevisível. A autora concluiu que o que ocasionava o estresse nas crianças não era a saída da mãe e sim a sua ausência em uma situação arbitrária.

A partir destes estudos na década de 70, Bowlby produz um modelo mais elaborado dinâmico-cognitivo sobre a teoria do apego, considerando que os

rompimentos dos laços afetivos ocasionados pela separação do cuidador primário são moderados por um conjunto complexo e crescente dos processos de avaliação por parte da criança, evidenciando a relação do sistema de apego com a disponibilidade da parte de quem cuida. O autor considera, então, que a disponibilidade assegura uma expectativa confiante por parte da criança, gerada através de um modelo representacional, construído no vai e vem do cuidador primário, dentro de um determinado período de tempo tolerável. Tais idéias, levam o autor a considerar que o modelo de funcionamento interno (*internal working model*) da criança depende do quanto ela se sente aceita aos olhos do seu cuidador primário. De acordo com Fonagy (2001), a criança cuidada por uma pessoa cujo modelo de funcionamento interno é focalizado na rejeição, tende a envolver-se em um modelo de funcionamento complementar de *self* e sentir-se, por exemplo desagradável ou falha. Para o autor, embora Bowlby não tenha textualmente explicitado as idéias de modelos de apego e *self* de maneira transacional, interativa e formativa do mundo representacional do indivíduo, assim foi compreendido por alguns importantes estudiosos do campo do apego. Estes teóricos (Main et al., 1985; Crittenden, 1990, 1994; Sroufe, 1990, 1996; Bretherton, 1991; Main 1991; Bretherton e Munholland, 1999) revisaram cuidadosamente o conceito original de apego de Bowlby e estenderam a ontogênese do modelo de funcionamento interno do sujeito.

Sroufe e Waters (1977) redefiniram a meta do sistema de apego, deslocando-a da regulação da distância da díade para o sentimento de segurança da criança. Ressaltaram ainda que estados internos como o humor, as doenças e mesmo a fantasia poderiam ser tão relevantes para a resposta da criança à separação do cuidador quanto eventos externos advindos do contexto sócio-ambiental, diminuindo a distância entre a concepção de realidade externa ou interna como fato determinante no sistema de apego. Em 1996, Sroufe reconceitualizou a teoria do apego em termos de regulação do afeto, considerando que indivíduos com o apego seguro têm a capacidade de regulação do *self* internalizada, em contraste com aqueles que precocemente evitam ou resistem ao afeto. Fonagy (2001) considera os estudos de Sroufe (1977, 1996) extensões substanciais da obra de Bowlby porque a gama de experiências que podem contribuir para um indivíduo sentir-se seguro não se restringe à determinação do comportamento do cuidador.

Em 1973, Bowlby coloca que as ameaças advindas da realidade externa ou da realidade psíquica sobrepõem-se, no entanto, são interpretadas pela criança como ameaças concretas. Desta forma, a fantasia surge neste contexto como uma fonte “tendenciosa” na avaliação da disponibilidade do cuidador por parte da criança.

O comportamento e o sistema de apego foram pautados desde o início sobre estudos provenientes do campo da biologia e ainda hoje permanecem enraizadas a ele, sendo que dentro de uma perspectiva diferente. Se no passado o apego caracterizava-se por uma homeostase e uma circularidade à resposta a separação, isto é, ao rompimento do laço social, atualmente entende-se que, na separação, o que se perde não é o laço e sim a possibilidade de gerar um mecanismo de ordem regulatória mais complexo, um mecanismo para avaliação e reorganização dos conteúdos mentais. Neste contexto, segundo Fonagy (2001), o apego é conceitualizado como um processo que traz complexidade para a vida mental.

Winnicott (1958, 1965a, 1965b, 1971) postula que um bebê não pode criar a si mesmo como sujeito; o desenvolvimento da subjetividade e do advento da vida mental requer experiências intersubjetivas, dentre as quais, a preocupação materna primária, a relação especular, os objetos transicionais e o uso de um objeto - percurso iniciado na dependência absoluta entre a mãe e o bebê que caminha para uma dependência relativa.

Focalizar as primeiras relações de uma perspectiva winnicottiana não é tarefa fácil porque os conceitos desenvolvidos por Winnicott estão sempre relacionados uns aos outros e sobrepostos numa complexa trama. O autor concebe *o desenvolvimento emocional primitivo* envolvendo o aspecto relacional e a questão do paradoxo. O amor materno a seu ver é uma questão bastante rudimentar; nele há posse, apetite e o elemento “maldita criança”; há também generosidade e poder, assim como humildade, porém o sentimentalismo estaria alheio a esse amor e seria repugnante para as mães.

Enquanto Bowlby (1969) trabalha em uma perspectiva etológica, explorando dados empíricos e construindo a sua hipótese sobre a teoria do apego e suas conseqüentes disfunções, Winnicott (1958, 1965a, 1965b, 1971) escolhe uma perspectiva etiológica e voltada para a formação do aparelho psíquico e o advento do sujeito, pressupondo o conceito de inconsciente, articulando de maneira

diferente de Bowlby a psicopatologia e as falhas no ambiente também em uma idade bem precoce. Os caminhos trilhados por Winnicott nos fornecem uma base teórica dentro da qual podemos pensar a questão da intersubjetividade na raiz da formação da subjetividade, e também como condição para a instauração da alteridade.

O processo de subjetivação do bebê portador da síndrome de Down encontra-se problematizado, pois envolve o desenvolvimento de representações mentais e processos de pensamento em um indivíduo com o prognóstico de uma deficiência mental. Questionamos se as rupturas que levam a um desencontro nesta dança que envolve o bebê e seus pais em um período tão crítico do desenvolvimento poderia tornar ainda mais difícil o funcionamento das funções cognitivas que sustentam e possibilitam os seus processos de pensamento. Em termos winnicottianos, uma mudança na competência e na disponibilidade dos pais e do próprio bebê em criar um *espaço potencial* perturba a constituição da autonomia do indivíduo, visto que frente a perplexidade causada pela chegada de um bebê “diferente”, se vêem desarticulados em prover uma sintonia, um compasso na comunicação com seu bebê.

Bion (1964) construiu uma *teoria sobre o pensar*, levando-nos também à raiz destes processos – as interações do bebê com a mãe. Ele enfatiza a importância da mãe ou substituta na emergência da atividade de pensar na criança. As funções que algumas mães são capazes de realizar de maneira simples e espontânea no cuidado com o lactente engendram os pensamentos do bebê dentro da atividade de pensar, constituindo um *aparelho de pensar pensamentos* próprio da criança. Diante do contexto da chegada de um bebê não esperado, as condições que contribuem para a emergência da atividade de pensar no sujeito são, muitas vezes, dilaceradas, dificultando a instauração de um sujeito integrado com seu próprio corpo e que pode usufruir da autonomia produzida pelo seu próprio pensamento.

O processo de tornar-se pai e mãe neste contexto é essencial já que o desenvolvimento do bebê, neste viés, irá se pautar dentro de uma perspectiva relacional. Gostaríamos, então, de assinalar que a parentalidade é, sob o nosso ponto de vista, uma construção pautada sobre algumas condições. Podemos citar dentre elas a história do encontro do casal e a decisão ou não de ter um filho e um aprendizado, às vezes árduo, na própria relação com a criança, que pressupõe o

luto de um bebê imaginário que dá lugar ao bebê real, a história de vida de cada um dos pais e de suas famílias de origem. Dentro de uma perspectiva semelhante, o desenvolvimento infantil também pode ser analisado em condições particulares.

No caso do bebê portador da síndrome de Down, observamos a aflição da equipe médica frente aos pais, principalmente no período neonatal, na maioria das vezes pouco hábil para lidar com os sentimentos de fracasso e impotência, principalmente dentro de um centro obstétrico. Estas equipes freqüentemente reforçam em demasia a “emergência do apego” na relação entre os pais e o bebê, sem dar espaço para a expressão de dor e perplexidade dos próprios pais. De acordo com tais condutas prescritivas, deixam clara a “obrigatoriedade do apego” entre as partes pais-bebê e equipe-família, implicitamente duvidando da emergência de laços afetivos dentro de condições tão adversas. Afinal, percebemos que a equipe médica questiona a possibilidade dos pais de suportar tamanha frustração e, ainda assim, reconhecer a filiação.

3.1

Holding, rêverie e subjetivação

Winnicott foi um grande pensador da psicanálise. Dentro do que chamamos de psicologia do desenvolvimento, foi o primeiro a afirmar que “um bebê é algo que não existe. Sempre que encontramos um bebê, encontramos a maternagem, e que, sem a maternagem, não existiria bebê algum” (Winnicott, 1940, pronunciamento na reunião científica da *British Psycho-Analitic Society*), fazendo-nos pensar sobre os processos intersubjetivos como formadores da subjetividade.

Winnicott (1945) estuda e analisa a existência de um tipo de relação de objeto bem primitiva, que seria anterior à posição depressiva concebida por Klein (1935). O autor se refere ao estudo do desenvolvimento do bebê durante seus primeiros 5 ou 6 meses de vida, destacando, desde já, uma marca original na sua produção científica - o entrelaçamento de dois aspectos que caminham de maneira indissociada: o crescimento emocional do lactente e os cuidados maternos.

O que, então, aconteceria com os bebês antes desta posição que em “condições ideais”, na maioria das vezes, é atingido entre os 5 e os 6 meses?

“Bowlby recentemente expressou a opinião de que bebês antes dos seis meses não são tão singulares, de tal modo que a separação da mãe não os afeta da mesma forma que o faria depois dos seis meses. (...) Na minha opinião, o estágio que estamos descrevendo, e acho que se pode aceitar esta descrição, é *muito importante*. (...) Podemos dizer que, neste estágio o bebê se torna capaz de mostrar, no seu jogo, sua compreensão de que tem um interior e que as coisas vêm de fora. Ele mostra saber que é enriquecido pelo que incorpora (física e psiquicamente). Além disso mostra que sabe se livrar de alguma coisa, quando já conseguiu tirar dela o que queria. Tudo isso é um tremendo avanço, que inicialmente só é alcançado de vez em quando, podendo cada um de seus detalhes ser perdido como uma regressão por causa da ansiedade” (Winnicott, 1958, p. 272; grifo nosso).

Vemos então a importância deste período inicial do desenvolvimento, em virtude de podermos localizar, neste estágio a emergência, com base na provisão ambiental, de três processos fundamentais (Winnicott, 1945): a “*integração da personalidade*”, a “*localização do self no próprio corpo (personalização)*” e a “*apreciação do tempo, do espaço e de outras propriedades da realidade (realização)*”. Estes fenômenos não são necessariamente consecutivos, porém são interdependentes e se sobrepõem.

Estes três principais mecanismos são estruturantes para a saúde mental do indivíduo e fazem parte do funcionamento psíquico precoce. Notamos que nos bebês com síndrome de Down existem algumas peculiaridades referentes a estes processos que são, como já foi mencionado, indissociáveis da maternagem e de suas respectivas funções. Portanto, imaginamos que entender o funcionamento do nascimento da origem do sujeito e aplicar este conhecimento de forma contextualizada à relação pais-bebê com síndrome de Down, poderia ajudar aos profissionais envolvidos nesta clínica a ter um olhar mais atento e investido neste período da vida familiar de seus clientes.

Segundo Winnicott (1945), a integração do ego é algo que pode dar ao bebê a experiência de *ser* numa linha contínua. Esta vivência é proporcionada necessariamente através do *holding*. Desta maneira, seu ego ainda imaturo tem como suporte o ego da mãe que tem a possibilidade de vê-lo como uma pessoa completa. O conceito de *holding* em Winnicott nos parece se aproximar do conceito de continência em Bion (1970) que tem suas raízes no mecanismo de identificação projetiva de Klein (1946). A capacidade de continência diz respeito ao modelo de continente-conteúdo (Bion, 1970), definido como uma capacidade

de absorver, de reter e de conter os afetos e as projeções psíquicas que provenham de um bebê.

Com o início do surgimento de períodos de integração do ego do bebê, pouco a pouco, os aspectos psíquicos e somáticos passam a se envolver e a se inter-relacionar. Isto que Winnicott chamou de personalização, é o que permite ao indivíduo ter o sentimento de habitar o próprio corpo. Assim, o lactente passa a ter um exterior e um interior, uma membrana limitante que lhe permite ter uma realidade interna e um esquema corporal. Para que aconteça tal inserção psicossomática no bebê, é necessário o *handling* por parte da mãe. Isto inclui a capacidade materna de envolvimento emocional com o corpo do lactente e com suas funções.

O processo de realização é intrínseco à apresentação dos objetos por parte da mãe. Quando o bebê já consegue manter uma *continuidade de ser* dentro de seu próprio corpo, mesmo que ainda de maneira precária, ele se depara com um novo fenômeno – o exterior, o não-eu – e, segundo o autor, uma ansiedade persecutória está presente e predomina neste período. A função da mãe, portanto, em apresentar os objetos, constitui-se em compreender e identificar-se com o bebê não permitindo as invasões ambientais, sendo sensível aos momentos em que o gesto espontâneo do bebê e o meio ambiente possam ir ao encontro um do outro.

A mãe traz um pedacinho do mundo até o lactente, de forma compreensiva e limitada, adequada às suas necessidades, proporcionando uma experiência de onipotência ao permitir que o bebê tenha a ilusão de que o que foi encontrado é algo criado por ele (Valler, 1990, p.156)

Ao abordar o conceito de *handling* formulado por Winnicott, Anzieu (1985) propõe que a fusão do Eu psíquico com o Eu corporal somente acontece quando a experiência de mutualidade imprime para a díade marcas de uma experiência “suficientemente boa”. A partir de então, o lactente começará a se conectar ao próprio corpo e ao uso de suas funções, sendo a pele a membrana limite.

Será na introjeção, por parte do bebê, da relação continente-conteúdo originário da relação mãe-bebê que tornar-se-á possível a constituição de um “espaço emocional” e de um “espaço do pensamento”. Referindo-se a Bion (1962), Anzieu coloca que “o primeiro pensamento, de ausência do seio, torna

tolerável a frustração devida a esta ausência, terminando em um aparelho de pensar pensamentos” (1985, p.59).

O autor cita ainda os estudos de Tustin (1972) e Bick (1968), descrevendo a existência de algumas representações corporais particulares em algumas formas de autismo e esquizofrenia. Tustin observa a presença de representações de um Eu-polvo, mole e flácido; e de um Eu-crustáceo rígido nas duas maneiras de autismo infantil, fragmentado e encapsulado. Bick afirma que há uma representação de uma segunda pele muscular como couraça defensivo-ofensiva presente na esquizofrenia. A partir de tais idéias, pensamos nas representações corporais formadas pelas mães de bebês com síndrome de Down acerca de seus filhos e a sua interferência no encontro com eles, afetando seu *holding* e *handling*. Na síndrome de Down, temos como característica fenotípica a hipotonia muscular e, portanto, um bebê mole e flácido, em contraste, por exemplo, com uma síndrome decorrente da trissomia do cromossoma 10, onde observamos um bebê hipertônico, apresentando rigidez muscular e espasticidade. Como poderíamos pensar no entrelaçamento psicossomático destes bebês sem levar em conta tais idéias? Que tipo de “espaço emocional” e de “pensamento” uma maternagem afetada por estas questões seria capaz de prover?

De acordo com Winnicott (1945), um bebê prematuro não vivencia tal tipo de experiência e vitalidade até que encontre uma maturidade neurofisiológica própria dos bebês que nascem a termo. Como, então, podemos pensar essas experiências constitutivas do sujeito em um bebê que tem uma configuração genética particular, e um aparelho neurofisiológico diferente, mesmo que o seu nascimento tenha se dado a termo?

Em contrapartida, deveríamos esperar um excesso de investimento propiciado pelos pais para “compensar” tal fragilidade e precariedade inicial do bebê? Sabemos que não, pois neste momento os pais atravessam um período muito delicado: encontram-se às voltas com seu próprio narcisismo ferido e com um luto a elaborar frente ao bebê real e “imperfeito”.

Em 1956 Winnicott descreve o conceito de preocupação materna primária, buscando expressar a condição psicológica singular da gestante e futura mãe nas semanas anteriores e posteriores ao parto. Este estado consiste fundamentalmente numa sensibilidade extremada que culmina no final da gravidez, durando ainda algumas semanas após o nascimento da criança.

Este tipo de organização psíquica, que seria considerada patológica fora deste contexto específico, assemelha-se a um estado de retraimento e dissociação, durante o qual alguns aspectos da personalidade “assumem o controle” temporariamente. Deve-se, ainda, sublinhar que, segundo o autor, a mulher deve estar saudável o suficiente para desenvolver tal estado e liberar-se dele à medida em que o próprio processo de maturação continue seguindo seu curso, apontando para novas necessidades relativas à própria mãe e ao bebê.

A função primordial do estado de preocupação materna primária é a identificação da mãe com o seu bebê, através da qual ela vai ser capaz de identificar as necessidades dele e satisfazê-las. Neste momento, as necessidades do bebê são fundamentalmente corporais e ele experimenta um estado fusional com a mãe. As necessidades corporais “gradualmente tornam-se necessidades do ego, à medida que a partir da elaboração imaginativa da experiência física, surge a psicologia” (Winnicott, 1956, p.496). Se essas necessidades primárias não forem atendidas por uma mãe-ambiente adaptada ao seu bebê, as imposições ambientais são experimentadas como ameaça de aniquilamento e as reações do bebê podem constituir-se numa inibição do seu desenvolvimento. Em outras palavras, haverá uma quebra na linha da continuidade de ser do indivíduo em formação.

No período relativo a estas experiências, o ego do bebê está em construção e à medida em que este esteja mais amadurecido, o estado de preocupação materna primária cede para que o próprio desenvolvimento emocional primitivo siga seu rumo. Assim, segundo Winnicott (1956), o estado de preocupação materna primária se desenvolve para que a mãe atenda às necessidades do ego em formação do bebê. Esse estado é marcado por uma *dependência absoluta* e as frustrações neste período são vividas como uma interrupção na continuidade do ser. Em contrapartida, no estado subsequente, o bebê que teve suas necessidades egóicas atendidas passa a experimentar uma *dependência relativa* da mãe-ambiente. Há uma necessidade de afastamento na relação. A saída do estado de preocupação materna primária consolida um período em que a mãe já pode, e deve, falhar gradualmente. Essas falhas ou frustrações são necessárias para o desenvolvimento do bebê nesta fase, e não são relativas às necessidades do ego do bebê, e sim do id.

Então, a base para o desenvolvimento do ego do bebê, nesta perspectiva, se dá ao longo de uma continuidade de ser que só pode ser propiciada por esta

experiência de unidade dual, da qual decorre a famosa frase de Winnicott de que um bebê não existe, ele só pode existir em relação a sua mãe. Segundo Steele, H., Steele, M. e Fonagy (1996), atualmente os estudos sobre o apego reconhecem que, de uma maneira independente, mas possível, esta díade também pode ser formada pelo pai e o bebê. Tal experiência, segundo o autor, é complexa e significativa, já que implica na presença de modelos internos múltiplos atuando simultaneamente no pai.

Em relação à experiência da maternagem, Bion (1962) concorda que alguns processos que precisam ser desenvolvidos por um bebê só podem existir a partir da ligação com a mãe, no entanto, enquanto Winnicott focaliza o aspecto da inserção psicossomática, Bion sublinha a constituição do *aparelho de pensar pensamentos* e nesta perspectiva adota o termo *rêverie* para “referir-se a um estado de mente que o bebê exige da mãe. A mente da mãe precisa estar em um estado de calma receptividade para receber os próprios sentimentos do bebê e dar-lhes significado” (Hinshelwood, 1991, p.464).

Um dos pontos principais da teoria do pensamento desenvolvida por Bion consiste da necessidade inicial do desenvolvimento do aparelho de pensar em relação à pressão dos pensamentos para serem pensados, pois, segundo o autor, os pensamentos preexistem à atividade de pensar e requerem um aparato para pensá-los. Outro ponto importante consiste no papel determinante desempenhado pela capacidade de tolerar a frustração, que traria implicações geradas pela opção de fugir da realidade ou modificá-la.

Na visão bioniana, a aquisição de um aparelho para pensar pensamentos se dá pelo interjogo estabelecido pelos ciclos projetivos e introjetivos entre o bebê e o seio, sendo a mãe, que nesta fase busca harmonizar a interação entre o bebê e o meio capaz de se ajustar à forma inicial de comunicação do bebê: a identificação projetiva.

As identificações projetivas do bebê representam sensações das quais ele deseja livrar-se, visto que, por si só, ainda não é capaz de fazer uso de dados sensoriais. Os elementos evacuados na mãe através da identificação projetiva são, então, transformados por ela de modo que se tornem adequados ao emprego por parte do bebê como “pensamentos pensados”.

Para Winnicott (1956), o estado de preocupação materna primária seria uma espécie de catalisador da potencialidade do próprio bebê de *ser* numa linha

contínua, afastando-o das vivências de aniquilamento e das defesas erguidas contra a imposição ambiental (o falso *self*), enquanto para Bion (1962, 1967), a capacidade de *rêverie* da mãe consiste no estado que possibilitará ao bebê o desenvolvimento de um aparelho de pensar pensamentos que o tornará capaz de tolerar a frustração, dando início ao processo do aprender com a experiência, livrando o bebê de graves perturbações.

Bion (1962, 1967) chama de função alfa o que torna uma pessoa capaz de converter dados sensoriais em pensamentos. A *rêverie* materna diz respeito à capacidade da mãe de tolerar as constantes identificações projetivas do bebê e devolver-lhe tais elementos de maneira tolerável. Aos elementos projetados pelo bebê dá-se o nome de elementos beta e aos elementos devolvidos pela mãe, já convertidos, dá-se o nome de elementos alfa. A partir do estabelecimento de uma relação mãe-bebê diante da qual a mãe seja capaz de *rêverie*, os dados sensoriais do bebê transformam-se em pensamentos, propiciando, por conseqüência, a diferenciação entre elementos conscientes e inconscientes, e entre *self* e objeto externo.

Os elementos beta experimentados pelo ego ainda não integrado do bebê provocam um sofrimento do qual ele procura livrar-se. Assim, através da identificação projetiva, a mãe experimenta as sensações que invadem o bebê e, sendo esta capaz de *rêverie*, pode acolher e transformar o que recebeu em condições que o bebê possa suportar e utilizar. Esta atividade instala um ciclo dentro do qual o bebê vai poder receber, junto com o que foi digerido e tornado suportável pela mãe, a própria função que a mãe desempenha, passando a ser cada vez mais capacitado para tolerar a frustração e pensar com as matrizes através das quais os pensamentos vão poder “ser pensados”.

Parece interessante ainda pontuar a analogia do conceito de preocupação materna primária concebido por Winnicott (1956) e o de *rêverie* materna descrito por Bion (1962), sob seu aspecto particular de funcionamento psíquico da mãe principalmente no período perinatal. Ambos os conceitos referem-se a funções essenciais, desempenhadas pela mãe em um contexto específico, no qual irá se formar o aparelho psíquico do bebê. Winnicott particularmente ainda sublinha a importância do papel do pai neste momento, estendendo-o também para o ambiente de maneira mais geral, pois somente com o apoio de um ambiente que dê *holding* a esta unidade dual, esta loucura necessária vai ter espaço para se

desenvolver, diminuindo o risco de uma descompensação materna que não estaria circunscrita no conceito de preocupação materna primária.

Concordamos com Amiralian e Becker (1992) que no caso da mãe do bebê portador de deficiência, muitas vezes se instaura um hiato na relação, pois a mãe sente dificuldades em entender o bebê por que sua disponibilidade à ele está restrita por uma série de fatores já nomeados no nosso estudo, e também, por outro lado, ela é poucas vezes realimentada pelas respostas do bebê que emite sinais comunicativos em um ritmo mais lento do que os seus pares sem nenhum tipo de deficiência. “É provável que ocorra então um desencontro entre mãe e filho, o que coloca em perigo a qualidade do vínculo entre ambos” (p.54)

Pensamos que a preocupação materna primária e a capacidade de *rêverie* da mãe de um bebê com síndrome de Down, sobretudo daquelas que recebem o diagnóstico apenas após o nascimento do filho, fiquem abaladas frente ao trauma causado pela notícia inesperada e à desidealização abrupta relativa ao bebê imaginário. Exatamente no momento de ebulição do enlace pais-bebê, onde surge a criança não esperada materializada, colocando o apego e os vínculos parentais em risco. A intervenção profissional circunscreve-se apenas ao bebê, por fim encaminhado-o para o tratamento adequado, os pais não. Como pensar então numa clínica de bebês excluindo seus próprios pais?

3.2

Que lugar é este? Construindo a parentalidade com um bebê portador da síndrome de Down

No nosso estudo privilegiamos as famílias cujo o filho com síndrome de Down seja o primogênito. Tal escolha deu-se por imaginarmos que construir a parentalidade com um bebê “diferente”, em uma situação em que precocemente já são “atropelados” por um saber médico que lhes diz como ser e o que fazer com o filho, seja uma situação diversa daquela pela qual passam os pais que já vivenciaram a parentalidade previamente e que venham a ter um filho portador da síndrome de Down.

Alguns estudos também apontam para o fato que a experiência prévia da mãe com outros filhos altera os seus cuidados na relação ao bebê recém-nascido

(Chiperfield e Singbeil, 1989; Fish e Stifter, 1993; Missio, Bott, Costas e Deulofeu, 1995). Fish e Stifter (1993) observaram que as mães múltiparas têm mais facilidade e segurança nas suas relações com os filhos recém-nascidos do que as primíparas, nas quais se notou um aumento da ambivalência em relação ao casamento após o nascimento do bebê, considerada pelos autores como um fator que interfere na qualidade interativa da relação mãe-bebê. Thomas e Olson (1972) também observaram que as mães primíparas são menos sensíveis e respondem mais lentamente aos sinais do bebê durante a amamentação.

Apesar de não acreditamos que esta relação seja determinante, julgamos que possa nos servir como um indicador, norteando um favorecimento ou não da qualidade interativa da mãe com o bebê, assim como outros fatores presentes no contexto do período gestacional como, por exemplo, se o filho foi planejado ou se existem conflitos no relacionamento conjugal.

O bebê portador da síndrome de Down, desde o início da vida recebe uma série de cuidados diferenciados da instituição de saúde que, a nosso ver, pode interferir e tolher a espontaneidade dos pais ao exercer as suas funções parentais. Hoje em dia, a estimulação precoce, dispositivo clínico composto, na maioria das vezes, por fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais, é destino certo do bebê com síndrome de Down desde a alta médica, em geral aos 2 ou 3 meses de idade. No entanto, percebemos que a equipe que trata do bebê também evita sua “preocupação materna primária com a mãe” e ainda lhe exige que cumpra os devidos cuidados com o bebê, já que freqüentemente são prescritos exercícios para casa, principalmente de fisioterapia e fonoaudiologia. Sob este aspecto, notamos que os pais são vistos por alguns terapeutas como “membros da equipe” que deveriam estar disponíveis para cumprir suas determinadas funções. Assim, a equipe passa para a família uma tarefa que ela parece não conseguir suportar, sobretudo pela dificuldade de conter a angústia, a tristeza, a decepção e o sofrimento no processo elaborativo do luto frente a tal situação. Mas será que não caberia exatamente à equipe que cuida do bebê servir de continente para a família? Constatamos que na prática isso não acontece e, portanto, consideramos o psicólogo, terapeuta de família, personagem central e indispensável dentro deste enredo. Perguntamo-nos, então, de que serviriam tantos terapeutas para um pequeno bebê, se a princípio seus pais não têm nenhum tipo de suporte? Como

pensar em um processo terapêutico que visa propiciar o desenvolvimento do bebê desvinculado do seu ambiente?

Sabemos que as conquistas atingidas nos primeiros anos da criança, principalmente nos três primeiros, são a base da aprendizagem posterior e servem de matriz para a aprendizagem em idade mais avançada e, portanto, entendemos a importância da estimulação precoce na vida do bebê com síndrome de Down. Mas, segundo Casarin (2001) a família muito mobilizada com o nascimento do filho portador da síndrome encontra, com frequência, alívio na intensa atividade que a estimulação propõe, sendo que isto pode tomar o lugar do relacionamento afetivo e da disponibilidade espontânea que a mãe tem em perceber e interagir com o seu bebê.

Sabemos que a base para o desenvolvimento do ego do bebê se dá ao longo de uma continuidade de ser que só pode ser propiciada por esta experiência de unidade dual – que é viabilizada pelo estado de preocupação materna primária, deparamo-nos, portanto, com uma preocupação materna primária “atropelada” e uma *rêverie* afetada pelo encontro com o inesperado – o bebê portador da síndrome de Down.

Compreendemos ser essencial a função de continência dirigida a estas famílias, visto que, na maioria das vezes, seus membros estão com seus processos de pensamento e mentalização alterados e desarticulados em decorrência do nascimento do filho portador de uma síndrome genética. “Estamos neste caso, na clínica do trauma e de seu movimento de desorganização” (Fain, 1992). As projeções e angústias parentais, habitualmente desarmadas do nascimento bem sucedido do bebê, não mais encontram limites. Na maioria das vezes, assistimos a um desmoronamento das defesas parentais e o surgimento de mecanismos de defesa muito primitivos. A experiência real e traumática do nascimento do bebê portador de uma alteração genética frequentemente faz emergir nos pais os elementos psicóticos de suas personalidades. Já fragilizados, eles estão submetidos à deflagração de um trauma que provoca uma dilaceração em seu tecido psíquico e uma aniquilação no seu narcisismo. Frente a essa desintegração, precisamos oferecer a essas famílias vias de sobrevivência psíquica que possam devolver-lhes a sua reintegração. Faz-se necessário tecer em conjunto um novo tecido psíquico.

Como exemplo de tais mecanismos, podemos citar um atendimento com J. F. (pai de um bebê com síndrome de Down, 42 anos, médico). Durante a sessão, revelou-nos ter ficado mais tranquilo acerca da síndrome quando uma colega de trabalho (médica) lhe aconselhou que não desanimasse, pois ela mesma era portadora da síndrome de Down e inclusive lhe mostrou seu cariótipo¹ (sic). Tal relato demonstra a perda do sentido de realidade e a desintegração vivenciada pelo próprio pai.

Consideramos que, para prestar ajuda a pessoas em tais condições, tenhamos que ver a situação sob o seu ponto de vista e respeitar seus sentimentos, por menos realistas que possam parecer.

Parece ser desnecessário e prejudicial colocarmo-nos no papel de ‘representantes da realidade’: desnecessário, porque a pessoa que sofreu a perda está, em alguma parte de si mesma cônica de que o mundo mudou; prejudicial porque, ao ignorarmos o mundo tal como uma parte da pessoa ainda o vê, afastamo-nos dela. O nosso papel deve ser, então, o de um companheiro pronto a explorar, em nossas discussões, todas as esperanças e desejos e tênues possibilidades improváveis que a pessoa amada ainda acalenta, somados a todas as recriminações, remorsos e decepções que a afligem (Bowlby, 1979, p.128-129).

Fazemos essa colocação porque, dentro de uma equipe médica ou de estimulação precoce, algo que muitas vezes se espera do psicoterapeuta é que possa confrontar os membros da família com a “realidade”, para que possam deixar as “fantasias” de lado, o que não nos parece possível. Acreditamos que, no entanto, compreender e se solidarizar com o não-realismo e a injustiça sentidos pela família, é o que de melhor podemos fazer neste momento, ajudando-os a transformar os afetos violentos, elementos brutos, provenientes da experiência traumática, em elementos metabolizáveis. O próprio senso de realidade dá conta de boa parte desta situação, pois confronta os pais, muitas vezes em negação, repetidas vezes, nos diversos momentos do ciclo vital da criança, fazendo-os pensar, repetir e tentar elaborar um luto pelo filho imaginário. O necessário é que se constitua um vínculo confiável onde essas vivências possam ser compartilhadas. Entendemos que estas famílias, em grande parte, necessitem de um continente, um *holding*, seja ele dado dentro da instituição onde tratam seu bebê, ou através de um psicólogo, terapeuta de família, integrado à equipe que se

¹ O cariótipo é um exame obtido através de uma amostra de sangue e consiste em um estudo dos cromossomos. Todos os bebês que apresentam atraso no desenvolvimento ou suspeita de alteração genética são submetidos a este procedimento.

ocupa do bebê. Isto porque, sem esse suporte, suspeitamos que a estimulação precoce do bebê pode se tornar uma grande imposição ambiental, ocasionando a formação de um falso *self* (Winnicott, 1960) nestas crianças - o que freqüentemente constatamos na nossa prática clínica - e também, para promover a saúde mental dos próprios pais.

Segundo Acquarone (2004) uma grande proporção do surgimento das psicoses antes dos quatro anos de idade acometem crianças com algum tipo de deficiência. Tais achados são relacionados aos distúrbios do apego e do vínculo entre a criança e seus pais que, nestes casos, são mais suscetíveis as interferências do meio, propiciados pelo acontecimento potencialmente traumático que é a descoberta da síndrome de Down do filho, sobretudo quando ele é o primeiro filho do casal e o seu diagnóstico se dá no momento do nascimento da criança.

Uma síndrome genética com prognóstico de deficiência mental descoberta no nascimento de um bebê pode dilacerar a *rêverie* e a preocupação materna primária. Ela pode interromper o vaivém inicial que deveria se dar entre a sensação de estranheza e a constatação da semelhança entre os pais e o bebê sobre a qual também se funda a alteridade da criança. Na maioria das vezes, não há reconhecimento, somente uma sensação de estranheza. O bebê é radicalmente diferente, daí tratar-se de uma alteridade violentamente excessiva para os pais. Muitos maridos, neste período, abandonam as esposas por não “acreditarem” que aquele bebê seja seu filho. “Ele não se parece nada comigo doutora, ninguém na nossa família têm esses olhos puxados” (R.L.M., pai de um bebê portador de síndrome de Down, 25 anos, motorista de ônibus).

O bebê imaginário ocupa para os pais um lugar de projeção e de projeto. “Quando soube que a minha mulher estava grávida, comprei uma sala comercial para o meu filho. Tinha certeza que ele seria homem e médico como o seu próprio pai” (G.K.M., pai de um bebê portador da síndrome de Down, 40 anos, médico). Para que qualquer criança passe para a posição de sujeito, ela precisa sair da alienação narcísica, propiciada pelo narcisismo dos próprios pais, no entanto, esta identificação é uma crise necessária em qualquer gravidez e está na origem do processo de maternidade ou de paternidade (Racamier, 1961). A notícia da síndrome de Down pode provocar uma falha narcísica e prejudicar os processos nascentes de maternidade e paternidade.

3.3

Luto e Narcisismo

(...) é muito difícil um homem morrer quando não teve um filho para matá-lo na fantasia e poder sobreviver a ele, proporcionando assim a única continuidade que os homens conhecem.

Donald Winnicott

Freud (1914), ressalta o caráter estruturante do narcisismo primário, justificando que não há como se constituir uma unidade comparável ao ego que não seja baseada numa “nova ação psíquica” que venha integrar as pulsões auto-eróticas, tornando o próprio ego objeto de investimento libidinal. Assim, as pulsões sexuais estariam ligadas desde o início à satisfação das pulsões do ego, tornando-se independentes somente em um momento posterior. Ao apontar para este fato Freud indica que “os primeiros objetos sexuais de uma criança são quem se preocupa com sua alimentação, cuidados e proteção” (1914, p.103).

O encantamento dos pais em relação aos filhos se pauta numa revivência e reprodução do seu próprio narcisismo e, sob o ponto de vista de Kaës (1993) esta experiência tem um caráter intersubjetivo e intergeracional. Segundo o autor, a perspectiva aberta por Freud em 1914 “faz do sujeito singular um elo, o servidor, o beneficiário e o herdeiro da cadeia intersubjetiva de que procede” (p.12). A gratificação narcísica dos pais contribui com o *quantum* de investimento que é dado ao bebê.

Assim eles se acham sob a compulsão de atribuir todas as perfeições ao filho – o que uma observação sóbria não permitiria – e de ocultar e esquecer todas as *deficiências* dele (...) Além disso, sentem-se inclinados a suspender, em favor da criança, o funcionamento de todas as aquisições culturais que seu próprio narcisismo foi forçado a respeitar, e a renovar em nome dela as reivindicações aos privilégios de há muito tempo por eles próprios abandonados. (Freud, 1914, p.107-8; grifo nosso)

Esta reatualização do narcisismo parental é uma expressão do desejo de que *sua majestade o bebê* materialize seus próprios sonhos perdidos. O narcisismo dos pais reatualizado pela chegada de um bebê desperta, desta forma, uma garantia da sua imortalidade. Para Kaës (1993), não cabe ao sujeito escolher ou optar a respeito do grupo que o precede, assim como acerca do seu próprio corpo. Desta forma, a subordinação ao próprio corpo e a família funda uma

realidade intersubjetiva e inelutável que é “condição de existência do sujeito humano” (p.13). Para Freud, os vínculos amorosos que os pais constroem em relação ao bebê consistem em um renascimento do seu próprio narcisismo, que posteriormente deverá ser novamente transformado em amor objetual, o que denuncia o caráter anterior e estruturante do narcisismo.

Levando-se em conta os conceitos de narcisismo secundário e de identificação (Freud, 1914, 1923), foi possível pensar que o ego deriva, em parte, da história das suas escolhas objetais e, então, conceber que o ego assume os traços do objeto através da identificação que entendemos como um processo intersubjetivo e reflexivo que lembra metaforicamente um jogo de espelhos.

Freud (1914) assinalou que “os distúrbios aos quais o narcisismo original de uma criança se acha exposto, as reações com que ela procura proteger-se deles e os caminhos aos quais fica sujeita ao fazê-lo” (p.109) são de extrema importância no desenvolvimento individual, no entanto, tais investigações serão deixadas de lado na sua obra e este legado será deixado para outros autores.

Para Lacan (1949) a formação do eu se dá em referência à imagem do outro-espelho. Assim, a imagem no espelho e a imagem no semelhante encontram-se em um mesmo lugar; desta forma se dá o contorno de um eu ideal. O estádio do espelho proposto por Lacan está em concordância com o narcisismo conceituado por Freud, pois é definido como uma experiência de identificação primordial diante da qual a criança faz a conquista da imagem do próprio corpo de maneira unificada.

A assunção jubilatória de sua imagem especular por esse ser ainda mergulhado na impotência motora e na dependência da amamentação que é o filhote do homem nesse estágio de *infans* parecer-nos-á pois manifestar, numa situação exemplar, a matriz simbólica em que o [eu] se precipita numa forma primordial, antes de se objetivar na dialética da identificação com o outro e antes que a linguagem lhe restitua, no universal, sua função de sujeito. (Lacan, 1949, p.97)

Então, Lacan propõe que essa *gestalt*, propiciada pela imagem, seja capaz de efeitos formadores sobre a criança. Ela antecipa uma potência que consiste na formação subjetiva e na sua outra face, sua “destinação alienante”.

Winnicott (1971) cita a influência do artigo de Lacan (1949) na produção do seu trabalho “O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil”, acrescentando, no entanto, que seu recorte conceitual se dará em relação

ao rosto materno quando este assume a função especular. Consideramos ainda importante citar que os dois autores referem-se a épocas bem distintas do desenvolvimento infantil e, portanto, a diferentes funções do psiquismo humano. Lacan refere-se a um estágio que se dá entre os 6 e os 18 meses da criança, quando ela começa a se reconhecer no espelho, enquanto Winnicott expõe um fenômeno bem anterior, quando o bebê tem apenas alguns dias, considerando o rosto da mãe um precursor do espelho mencionado por Lacan. As funções primordiais do ambiente (mãe), segundo Winnicott, envolvem, como já mencionamos anteriormente, o *holding*, o *handling* e a apresentação dos objetos. O resultado de uma provisão ambiental suficientemente boa no início da vida é fundamental para que o bebê possa viver a experiência de onipotência e criar um objeto subjetivo.

A observação revela que um bebê ao seio, olha para o rosto da mãe. Winnicott (1971) questiona: o que ele vê ao olhar o rosto materno? Conclui que é a si mesmo. “Em outros termos, a mãe está olhando para o bebê e *aquilo com que ela se parece se acha relacionado com o que ela vê ali*” (p.154; grifo nosso). Portanto, alguns bebês não recebem de volta das mães aquilo que lhe estão dando e assim, não conseguem ver a si mesmo. Neste ponto, o autor afirma que haverá conseqüências. A primeira delas estará relacionada a uma atrofia da capacidade criativa do bebê, provavelmente ligada a uma falha na experiência de onipotência, induzida por uma falta de sintonia entre a mãe e o bebê. A segunda destas conseqüências refere-se ao fato de o bebê precisar buscar no ambiente outros meios de obter uma função especular, em outras palavras, uma resposta aos seus movimentos.

Alguns bebês, tantalizados por esse tipo de relativo fracasso materno, estudam as variáveis feições maternas, numa tentativa de predizer o humor da mãe, exatamente como nós estudamos o tempo (...) Isso acarreta uma ameaça de caos e o bebê organizará a retirada ou não mais olhará, exceto para perceber, como defesa. Um bebê tratado assim crescerá sentindo dificuldades em relação a espelhos e sobre o espelho que tem a oferecer (Winnicott, 1971, p.155).

Como podemos pensar em realizar um trabalho esses pais que se sentem muitas vezes impossibilitados de reatualizar seu narcisismo com o nascimento de um bebê síndrômico? Como eles vão poder “narcisar” este bebê? Qual é a imagem - *gestalt*, se é possível alcançar uma *gestalt*, que este bebê irá receber /

perceber? Certamente devemos ainda pensar que, suas diferenças neurofisiológicas o deixem ainda mais vulnerável a todas essas questões.

Um apelo em relação a um trabalho terapêutico com a família se reatualiza quando nos deparamos com este dilaceramento do narcisismo dos pais e com um luto a elaborar pelo filho projetado. Entretanto, sob o nosso ponto de vista, é possível supor uma instalação progressiva entre a *continuidade de ser* do bebê e dos pais, e no reconhecimento da filiação. É importante, ainda, salientar que quando falamos em narcisismo e luto, necessariamente precisamos levar em conta a construção subjetiva de cada um dos pais. Podemos perceber através da fala de Cláudia, mãe de um bebê portador da síndrome de Down, a importância do tema narcisismo e luto em relação à comunicação da notícia da síndrome de Down e seus desdobramentos.

‘É, já se passaram 5 meses desde o susto. Agora, distante do nascimento do Luciano, vejo que estou mais feliz e até arrisco dizer que sou uma pessoa melhor do que antes.

Curioso... quando dei à luz a minha filha, Daniela, sentia meu coração invadido por um amor completamente desinteressado. Cuidava do bebê, fazia tudo por ele sem esperar retorno. Mas depois do nascimento do Luciano, percebi que as expectativas que depositava em minha filha eram inúmeras e imensas, apesar de eu não as ver! Amor desinteressado, que nada! Depois de assistir a todas expectativas que cultivava pelo Luciano irem por terra após seu nascimento, é que percebi que existia uma outra forma de amar.’ (C.C. mãe de Luciano², portador da síndrome de Down)

Cláudia parece apontar um processo em três tempos: do susto, do luto e da possibilidade de encontrar outras formas de investir no filho. Nas suas palavras um amor desinteressado. Mas será que é possível investir no filho sem expectativas ou há uma transformação das expectativas em decorrência de um processo de adaptação ao bebê real? Existiria investimento possível por parte dos pais quando estes estão em processo de luto?

Freud (1917) descreve dois fenômenos que lhe parecem distintos, o luto e a melancolia. Considera o luto como uma experiência natural que envolve a perda de um objeto amado. Ao longo deste processo há uma retirada da libido do objeto perdido que retorna ao ego e só então se torna disponível para novos investimentos.

² Nome fictício.

A melancolia configura-se através de um processo caracterizado por três condições básicas: perda do objeto amado, ambivalência e regressão da libido ao ego. Neste processo Freud encontrou uma perturbação relacionada à auto-estima e ao empobrecimento do ego que o fez supor que a perda em questão na melancolia não era relativa ao objeto, como no luto, e sim em relação ao próprio ego do sujeito, configurando, então, a problemática central desta patologia. Neste caso, a libido, retirada do objeto perdido, desloca-se para o ego do melancólico através do processo de identificação e o objeto é incorporado a este, em conformidade com a fase oral do desenvolvimento da libido. Como mecanismos inconscientes estão presentes, parece que o sujeito apenas sabe “quem” perdeu, não sabendo o “que” perdeu de si neste alguém, em um sentido mais amplo.

Ainda referindo-se à melancolia, Freud supõe que entra em jogo como parte fundamental desta dinâmica, uma instância que neste artigo chamou de “agente crítico”. Segundo o autor, esta instância, na melancolia, separa-se do ego e julga-o como o próprio objeto perdido, instaurando um conflito dentro do próprio ego. Desta forma, toda a hostilidade existente para com o objeto, retorna e recai sobre o próprio ego.

(...) uma perda objetal se transforma numa perda do ego, e o conflito entre o ego e a pessoa amada, numa separação entre a atividade crítica do ego e o ego alterado pela identificação (Freud, 1917, p.282).

No luto, o mundo torna-se vazio. Na melancolia, o ego torna-se vazio, desprovido de valor, incapaz de realizações e moralmente desprezível. Ele mesmo se repreende e busca punição. A melancolia constitui em última instância “(...) uma superação do instinto que compele todo ser vivo a se apegar à vida ” (Freud, 1917 p.278).

É importante ressaltar que Freud considera que os dois processos - luto e melancolia - são extremamente prolongados e se atenuam de maneira gradual. Ele acredita que, da mesma forma que no luto, na melancolia o processo inconsciente chega a um ponto de basta, seja através da dissipação da hostilidade a que está vinculado, seja através da destituição do *status* do objeto incorporado.

A partir de 1923, Freud faz uma ampla revisão destes conceitos e passa a considerar que a identificação com o objeto perdido não está presente somente nos estados de melancolia, mas em qualquer processo de luto. O termo “superego”

aparece, pela primeira vez também em 1923, dando contorno ao conceito de “agente crítico” referido em 1917. Com o nascimento da segunda tópica, entende-se que o papel do superego na melancolia constitui-se em dominar e julgar o ego, tornando intrínseca a sua relação com a culpa.

Para Bowlby (1988), a culpa não é intrínseca ao luto e a negação relativa à perda não indica necessariamente uma patologia deste estado. Ele não acreditava que a identificação com o objeto perdido fosse o processo fundamental envolvido no luto, pois o apego seria anterior ao mecanismo de identificação. De acordo com suas idéias, o rompimento dos vínculos afetivos está extremamente ligado à sua formação e, portanto, o tema da perda associa-se à teoria do apego.

A partir da observação da reação à perda em crianças pequenas, o autor propõe que o luto no adulto tem íntima ligação com o tipo de apego estabelecido na infância. Sugere que para fins metodológicos seja útil usar a palavra luto em um sentido mais amplo, descrevendo a grande variedade de reações à perda, mesmo quando estas têm um caráter patológico. Ele acredita que, desta maneira, seja possível relacionar vários processos e condições que as evidências clínicas sugerem entre o que Freud chamou de luto e de melancolia. Em contraste, alguns psicanalistas (Freud, S, 1917; Klein, 1940; Lindemann, 1944, Jacobson, 1965) concordam que o termo luto deva ser usado somente para designar um processo que seja a tarefa bem precisa de desvincular a catexia do objeto perdido, deslocando-a para um novo objeto.

Bowlby ressalta que existe uma tendência natural na sociedade em se achar que uma pessoa sadia pode e deve superar o luto de maneira rápida e completa, mas em sua concepção, o luto “bem-sucedido” é aquele em que o sujeito pode aceitar a perda (mudanças no mundo externo) e efetuar mudanças correspondentes no seu mundo interno, assim como reorganizar/reorientar seu comportamento de apego de maneira correspondente. Nesta perspectiva, o luto é uma experiência singular e que não tem previsibilidade de tempo cronológico para ser elaborado.

A expressão dos sentimentos relacionados à perda demonstra ser um fator poderoso no processo de recuperação do enlutado. Mas, em alguns casos, mesmo assim, a pessoa demonstra-se incapaz de superar a expressão dos processos envolvidos no luto de maneira severa e prolongada. Bowlby acredita que existem alguns fatores que contribuem com essa dificuldade, como um tipo de apego

muito forte que depende da presença contínua do objeto e a falta de ligações estreitas com outros membros da família que possa transferir parte de seu vínculo com o objeto perdido. Considera também a importância dos ritos de passagem e acredita que a psicoterapia pode ajudar o indivíduo a restabelecer o contato/envolvimento e os vínculos com o mundo de maneira geral. O apego, o pedido de socorro e a expressão de sentimentos que para algumas escolas da psicologia poderiam parecer regressivos representam para Bowlby a atitude que, transferida para a relação terapêutica, mais ajudará o indivíduo a superar a dor ocasionada pela perda.

Com relação à perda na família, o autor ressalta que uma das grandes dificuldades encontradas no processo de luto é a redistribuição de papéis que os membros terão que realizar, sinalizando que também pode ocorrer um colapso na comunicação de maneira que os outros membros não sejam vistos como pessoas úteis e compreensivas, dificultando a expressão de sentimentos dentro da família.

Apesar dos estudos de Furman (1978) e Lewis (1979) terem sido baseados na metapsicologia freudiana, Bowlby (1985) os utiliza ao descrever as reações dos pais à perda de um filho. Acreditava-se que as reações à perda de um bebê eram bastante similares à perda de um adulto querido. O luto é descrito, segundo Furman (1978) e Lewis (1979), como um trabalho a ser realizado através de dois mecanismos, como já fora descrito por Freud. O primeiro é o desinvestimento, isto é, a retirada da libido do objeto perdido o que se dá através de recordações sobre a convivência com o morto. O segundo é a identificação. Segundo Furman (1978), este processo constitui-se no meio pelo qual partes do morto são assimiladas pelo *self* e preservadas dentro do indivíduo enlutado, o que ameniza a dor da perda. No entanto, quando a perda está relacionada a um recém-nascido, parece que esses mecanismos falham. Primeiro, porque não houve tempo dos pais terem recordações de uma convivência que possa ser compartilhada com outros membros da família ou amigos. Segundo, porque o processo de identificação não funciona da maneira descrita, porque seria muito difícil para os pais adultos se identificarem e incorporarem partes de um bebê ao seu *self*. Inclusive porque, até então, o bebê era experimentado como parte do *self* dos pais. Não havia registro deste como um objeto externo para que fosse possível estabelecer um mecanismo de identificação. Assim, a morte neonatal pode ser encarada como uma perda relativa ao próprio *self* dos pais.

Bowlby (1985) acrescenta que os pais, mesmo quando são cuidadosamente assistidos profissionalmente, são tomados por um sentimento de vergonha por não terem sido capazes de dar à luz a um bebê sadio e ainda se sentem extremamente culpados por não terem cuidado bem do bebê que adoeceu.

O autor refere-se ainda a outros estudos (Culberg, 1976, Halpern, 1972, Tooley, 1975, Wolff et al., 1970 e Lewis e Page, 1978) que citam uma perda relativa a recém-nascidos como a origem de sérios problemas no relacionamento entre os membros do casal parental, assim como entre as mães com seus outros filhos. Isto é, há um desmoronamento dos vínculos familiares, apontando principalmente para uma dificuldade acerca da capacidade de maternar outros filhos após uma situação de perda.

Lewis (1979) notou que, após um natimorto ou morte neonatal, a mãe tem que lidar com uma dupla perda – o vazio dentro de si e a perda do bebê real. Segundo o autor, mesmo quando um bebê nasce saudável, a mãe tem que lidar com a perda do seu “bebê de dentro”, mas o bebê vivo e saudável ajuda a puérpere a superar este conflito. O que é muito peculiar a este tipo de perda revela-se no duplo registro que a família tem que realizar – o de um nascimento e uma morte simultâneos. Seria uma máxima contradição?

Poderíamos, então, nos perguntar: o que os pais perdem de “si” no nascimento de um bebê portador da síndrome de Down? Talvez esta resposta seja demasiado complexa, pois leva em conta a história psíquica individual de cada genitor e a inserção em sua linhagem. Contudo, encontramos um ponto de convergência que é a ferida narcísica causada pelo impacto traumático da notícia da deficiência que causa perturbações relativas a reedição do narcisismo dos pais no nascimento do filho. Este processo de projeção narcísica e de continuidade de ser depositados sobre o bebê lhes é subtraído e um abismo se abre em suas redes psíquicas.

3.4

O tear de uma trama frágil: as vicissitudes do trauma

A rede de vínculos familiares sustentadas primariamente pelo apego na relação pais-bebê vai tecendo uma espécie de trama que pode suportar, abrigar e acolher, ou não, cada um de seus membros. Considerando que estas relações iniciais constituem um dos principais pilares sobre os quais se fundam as famílias, é preciso levar em conta que nos núcleos familiares pesquisados por nós os vínculos foram construídos sobre ou a partir de uma ruptura, uma marca traumática. Tais idéias foram um convite a pensar o que do trauma pode produzir trama? Ou trauma e trama, neste caso, são indissociáveis? Ou ainda, a trama se constituiria na borda do trauma?

Quando os pais, tomados pela angústia do acontecimento do nascimento de um filho deficiente, procuram ajuda médica ou terapêutica, na maioria das vezes, solicitam uma reparação de algo real no corpo do bebê. No entanto, a partir deste pedido, podemos construir desdobramentos, dentre os quais destacamos, neste momento inesperado, a continência deste afluxo de excitações intolerantes e, portanto, traumático. Segundo Jerusalinsky, A. (1999), podemos escutar esta demanda de dois lugares bem distintos: em sua vertente real, que de acordo com a sua opinião “não funciona”, ou implicar esta necessidade equivocada dos pais numa demanda psicanalítica, “a qual não é uma demanda de análise como se demanda uma psicanálise nas neuroses de transferência, mas que se parece em muito à demanda que pode ser escutada nas *neuroses traumáticas*” (Jerusalinsky, 1999, p.18; grifo nosso).

As neuroses traumáticas para Freud seriam aquelas oriundas de acidentes ou traumas de guerra. A teoria traumática da neurose foi revisitada após o período da Primeira Guerra Mundial devido aos inúmeros casos de pacientes que sofriam em função da experiência vivida na guerra. Em 1920, Freud retoma a questão da economia psíquica, considerando o traumatismo um afluxo de energia excessivo e intolerante para o aparato psíquico, seja através de um evento excessivamente violento ou de vários eventos isoladamente toleráveis, porém cuja soma tornaria o aparelho psíquico incapaz de descarregar a excitação.

De acordo com as locuções descritas pelo dicionário Houaiss da língua portuguesa, a palavra trauma sustenta os seguintes significados:

t. do nascimento

Rubrica: psicanálise.

angústia ou medo apavorante que se supõe que o ser humano sofra ao nascer, sendo a origem de toda a angústia ou medo posteriores, segundo a teoria de Otto Rank (1882-1939)

t. psíquico

1 Rubrica: psicologia.

causa emocional dos problemas mentais

2 Rubrica: psicanálise.

acontecimento na vida de um indivíduo que, devido a sua intensidade, impede uma reação adequada, produzindo transtornos no psiquismo

3 Rubrica: psicanálise.

afluxo excessivo de excitações, que torna o indivíduo incapaz de dominá-las e elaborá-las psiquicamente (Houaiss, 2001, CD-Rom).

Segundo Laplanche e Pontalis (1982) o trauma representa:

Um acontecimento na vida do sujeito que se define pela sua intensidade, pela incapacidade em que se encontra o sujeito de reagir a ele de forma adequada, pelo transtorno e pelos efeitos patogênicos duradouros que provoca na organização psíquica. Em termos econômicos, o traumatismo caracteriza-se por um afluxo de excitações que é excessivo em relação à tolerância do sujeito e à sua capacidade de dominar e de elaborar psiquicamente estas excitações. (p.522)

A teoria freudiana do trauma tem um grande e complexo percurso ao longo de sua obra, sendo o trauma um dos conceitos centrais que atravessa todo o estudo de Freud, sofrendo variadas reformulações. Inicia-se com a “hipótese da sedução” (1895), apontando para uma experiência anterior do sujeito de caráter sexual real e incestuosa da qual seriam oriundos os sintomas histéricos. Desta teoria decorre a famosa frase: “os histéricos sofrem de reminiscências” (1910), pois a angústia neurótica advinda do mecanismo de recalque, no qual a libido sexual era modificada, presentificando-se no sistema consciente, ou ligada a representações que aparentemente não mantinham relações com o evento traumático, ou em forma de energia livre, gerando angústia.

Em um período posterior, entre 1905 e 1917, Freud renuncia a teoria da sedução alegando que não teria sido capaz de distinguir entre a realidade psíquica e a realidade externa da vida de seus pacientes, trazendo, então, a fantasia de sedução para um primeiro plano na concepção do trauma psíquico. O que ora fora considerado como um encontro real com a sexualidade, passa a ser redefinido como o surgimento da própria sexualidade infantil. As situações traumáticas

substituem a noção de trauma pontual do período anterior e estão, para Freud, associadas à ameaça de castração, à angústia de separação, à cena primária e ao complexo de Édipo. Assim, os eventos desencadeantes das neuroses provenientes do mundo externo ligam-se a fixações da libido muito anteriores ao evento considerado traumático, desta forma esta “segunda cena” age, não por força própria, mas sim por despertar uma excitação de origem endógena.

Ao longo da teorização acerca das neuroses de guerra Freud (1916-7) vai conseguir articular a idéia anterior de trauma pontual ao conceito de trauma sexual infantil. Isto vai ser possível porque ele pôde entender o aparelho psíquico como protegido externamente por uma barreira que chama de pára-excitação, esta que só deixaria passar quantidades toleráveis de excitação. No entanto, eventos excessivamente violentos romperiam esta barreira constituindo o traumatismo de guerra. Mas seria especialmente a grande quantidade de energia sexual de origem interna liberada durante o choque a responsável pelo efeito traumático. Sendo assim, uma das contribuições fundamentais desta fase do pensamento freudiano foi o desenvolvimento das séries complementares, o que colocou a teoria do trauma dentro de um quadro etiológico.

Em 1926 os conceitos de angústia, trauma e desamparo surgem de maneira associada, estando as situações traumáticas e de perigo associadas à angústia automática e à angústia como sinal respectivamente. Em ambos os casos, segundo Freud, a angústia é considerada como um produto do estado de desamparo psíquico do bebê. Esta mudança teórica relativa aos conceitos de trauma e angústia traz para o centro desta discussão o papel do meio ambiente, incluindo a mãe e substitutos que possam fornecer ajuda exterior ao bebê em situação de desamparo.

Desde 1920, Freud deposita sobre a mãe a função de escudo protetor contra os estímulos provenientes do mundo externo e interno, contribuindo para a formação do sistema de defesas do indivíduo em formação. O autor ressalta ainda o papel do despreparo do sujeito para os estímulos como um potencializador da situação traumática. Os trabalhos desenvolvidos por Freud em 1937 e 1940 também dão ênfase na relação mãe-bebê e alteram o paradigma da argumentação da natureza e papel do trauma.

A idéia de trauma dentro de uma perspectiva winnicottiana nos faz rever alguns conceitos da sua obra, principalmente aqueles relativos às suas

formulações da *integração do ego* no desenvolvimento e da *continuidade de ser* do indivíduo.

Winnicott (1962) propõe que pensemos no bebê como um ser imaturo que está continuamente vulnerável a angústias inimagináveis. Estas angústias têm seu curso dificultado para o bebê, sob o ponto de vista do observador, na fase da dependência absoluta em função do estado de preocupação materna primária, o que capacita a mãe a colocar-se no lugar do bebê e prestar-lhe os cuidados que necessita. As manifestações da ordem da psicose seriam organizações defensivas contra a experiência traumática de uma angústia impensável, desencadeando aspectos-chave no desenvolvimento do sujeito: (1) desintegração; (2) sensação de cair para sempre; (3); não ter conexão alguma com o corpo e (4) carecer de orientação.

Para o autor a condição de *ser* constitui o início de tudo, antes mesmo do senso de identidade, quando o “fazer” e o “deixar que lhe façam” não têm nenhuma significação. Dentro desta perspectiva, o *ser* emerge de um existir comunicacional. O senso de ser se dá pelo somatório das experiências de continuidade, pelo ritmo nos cuidados maternos, fundando no bebê uma capacidade de sentir-se real e colocar em marcha seus processos de maturação. As invasões ambientais são eventos que geram no bebê uma sensação de ruptura na sua continuidade de ser. Todavia, tais eventos fazem parte da vida e quando o desenvolvimento caminha de maneira estável, o bebê será capaz de retomar o seu senso de *ser*. No entanto, quando essas invasões são regulares, apontando para um desencontro entre a mãe e o bebê, este pode entrar em um estado confusional profundo, levando à desintegração do ego em formação.

Na concepção de Winnicott, o trauma é entendido como a interrupção da continuidade de ser. Para ele o trauma não teria seu sentido “emprestado” da medicina ou da cirurgia, nem teria uma herança freudiana no que diz respeito a caracterização do traumático ligado à idéia de excesso, de acordo com o modelo econômico do aparelho psíquico.

A maior divergência acerca do conceito de trauma entre a psicanálise freudiana e a psicanálise winnicottiana consiste no seu caráter temporal. Para Winnicott, trauma atinge a temporalidade do bebê no sentido de continuar a ser e de sua integridade, ou seja, nos aspectos primordiais da subjetividade. No entanto, podemos também apontar para algumas convergências entre a obra deste

dois autores, visto que as últimas elaborações de Freud acerca do trauma (1926, 1937, 1940) vão sublinhar a importância do ambiente e do despreparo do bebê humano na raiz das situações traumáticas.

A instauração da temporalidade, segundo Winnicott, depende da previsibilidade dos cuidados suficientemente bons, assim sendo, a adaptação da mãe às necessidades do bebê contém previsibilidade e confiabilidade de maneira complementar. A falta de sentido de uma história pessoal nos psicóticos resultaria da imprevisibilidade do ambiente nas fases mais precoces dos processos de amadurecimento. Desta forma, a continuidade dos cuidados maternos torna-se a característica central do ambiente facilitador. Através dela, o bebê pode ter continuidade na linha de sua vida evitando-se, assim, o estabelecimento de um padrão de reagir ao imprevisível e o ter de sempre recomeçar.

A evitação da imprevisibilidade por parte dos pais provê um conjunto de memórias no bebê, permitindo que as expectativas fundamentadas em suas experiências possam ser projetados no futuro. A previsibilidade do ambiente no início da vida faz com que o bebê adquira a capacidade de prever e de lidar com situações imprevisíveis. Desta forma, o trauma implicaria em um colapso no âmbito da previsibilidade e confiabilidade do ambiente.

Nesta fase, o bebê não tem conhecimento do meio ambiente como algo externo. Assim, se o ambiente é confiável, ele não registra os cuidados maternos, mas os efeitos da confiabilidade. Confiante, pode passar com facilidade dos momentos de integração para momentos de não-integração, de repouso e distensão. Ele “sabe” que, em seu tempo, voltará a sentir-se integrado.

Um segundo significado do trauma, na perspectiva winnicottiana, está relacionado com os estágios de dependência relativa. Enquanto na primeira fase, de dependência absoluta, a mãe, ao proporcionar ao bebê a capacidade de ilusão, permite que ele viva a experiência da onipotência, agora, na fase da dependência relativa, compete a ela iniciar o processo de desilusão do bebê. A sua adaptação às necessidades dele já não é tão perfeita e ver-se frustrado faz parte dos processos do amadurecimento pessoal. A desilusão não significa acabar com a ilusão, visto que a capacidade para a ilusão será um elemento essencial para a criatividade, mas sim com a onipotência dos processos primários. O trauma decorrerá de uma frustração precoce ou da incapacidade da mãe para “desilusionar” o seu filho no momento certo.

Portanto, podemos dizer que o trauma para Winnicott não necessariamente incide sobre um eu integrado e suas marcas não diferem em relação a sua intensidade, mas sim do grau de maturidade do bebê traumatizado. O Trauma ainda, nesta perspectiva, não ataca um organismo e sim uma relação.

Quando a desilusão se dá muito precocemente, no estado de despreparo do bebê, isto favorece a quebra da continuidade de ser, referida por Winnicott como agonia impensável. Esta experiência constitui-se como um trauma que exige a organização de defesas no sentido de evitar a repetição desta vivência.

O conceito de *agonia impensável* começa a ser utilizado por Winnicott nos anos 50. Nos anos 60 ele usa a expressão *ansiedade impensável*, porém, em 1963, assinalando que a palavra ansiedade não é suficientemente forte, ele reutiliza o termo anterior, modificando-o para *agonias impensáveis*, o que, a nosso ver, caracteriza a pluralidade desta experiência.

Algo imprevisível acontece, repentinamente, a um bebê que já experimentou uma incipiente continuidade do ser. Ele é surpreendido pelo inesperado e sente quebrada a sua vitalidade.

Se o bebê falasse diria: Aqui estava eu desfrutando uma continuidade de ser (...) De repente, duas coisas terríveis aconteceram: a continuidade do meu ser, que é tudo o que possuo atualmente em termos de integração pessoal, foi interrompida e esta interrupção resultou do fato de eu ter que existir em duas partes, um corpo e uma cabeça. (Winnicott, 1964, p. 37)

Se pudéssemos falar pelos pais perplexos com a notícia da deficiência do filho portador da síndrome de Down no delicado momento do seu nascimento, falaríamos também desta cisão, ‘este não é o nosso bebê’ ou ‘como será possível voltar a ser (integrado) com esse bebê inesperado?’ Não podemos deixar de considerar este evento como traumático, tanto no sentido freudiano do excesso ou da falha na pára-excitação e da situação de *despreparo* dos pais, solicitando um ambiente que possa funcionar como escudo protetor, quanto no sentido winnicottiano da ruptura da continuidade de ser e da integração. Isto porque não se pode imaginar tal situação sem que ela tenha um impacto demasiadamente intenso, indo além do que a maioria dos indivíduos é capaz de “metabolizar” neste contexto. Entretanto, também podemos constatar uma imensa ruptura na história pessoal e na continuidade de ser dos próprios pais, pois o acontecimento inesperado em tais circunstâncias conjuga imprevisibilidade e falta de

confiabilidade em uma ocasião que por si só, o nascimento de um filho, já gera ansiedade e vulnerabilidade.

O ambiente, seja ele um centro obstétrico ou um centro de estimulação, e seus profissionais não podem se ver na mesma situação de despreparo dos pais. O acontecimento “inesperado” nestes casos não deveria ser considerado tão imprevisível já que mesmo ocasionalmente faz parte da rotina de tais profissionais. A perplexidade de uma equipe de saúde frente a tais situações ilustra o sentimento de desmoronamento narcísico ao qual se deparam, ressoando com o sistema familiar. Tal despreparo fica nítido para os pais que vêem sua confiabilidade abalada em relação a estas equipes e inicia uma busca, muitas vezes frenética, pelo saber ou pela religiosidade que lhes provê uma espécie de conforto que pode transformar a angústia pura em representações pensáveis acerca da situação traumática, conferindo-lhes uma continuidade de ser dentro de um novo contexto de vida.

Entendemos, então, que a notícia do diagnóstico do bebê portador da síndrome de Down tem uma potencialidade traumática sobre toda uma rede que se inicia com o bebê e seus pais, passa pelos profissionais de saúde e vai ao encontro à sociedade como um todo. Podemos considerar a condição, com todas as suas variações, propícia ao traumatismo do bebê, da mãe, do pai, da família extensa e de alguns profissionais que estão envolvidos, sublinhando também o potencial da situação na destruição dos vínculos ou na falta de um ambiente favorável à sua formação. Tudo isto dependerá da história pregressa de cada membro envolvido nesta rede, no entanto, estamos pisando em um terreno perigoso onde situações traumáticas que permanecem silenciosas por muitos anos e que têm fortes conseqüências na vida de cada membro de uma família poderiam ter sido vistas dentro de um determinado tempo e cuidadas de maneira diferente, modificando todo o rumo de algumas histórias de dor e de fracasso dentro destas famílias.