

# O bebê, os pais, o psicanalista: que responsabilidades?<sup>1,2</sup>

---

Tatiana Pellion  
Tradução de Beatriz Soares Chnaiderman

*Dedicado à memória de Claude Boukobza.*

## Resumo

Desenvolvemos neste artigo o trabalho no hospital com um bebê que sofria de crises de epilepsia pós-natal em um serviço de neurocirurgia e de UTI pediátrica e com seus pais. Uma passagem do desamparo ao circuito da demanda — dos pais para a analista e também do bebê para os pais — pôde abrir-se, circuito que podia estar paralisado, interrompido, impedido pelo poder das máquinas, que cuidam mas não falam.

## Palavras-chave:

Apelo; Circuito pulsional; Corpo; Demanda; Desamparo.

## The baby, the parents, the psychoanalyst: what responsibilities?

## Abstract

In this article, we will explore the work we did with a baby suffering from postnatal epileptic seizures in a neurosurgery department and pediatric ICU, as well as with his parents. A transition from helplessness to the cycle of demand—from parents to the analyst and also from baby to parents—was opened, a cycle that could have been paralyzed, interrupted, impeded by the power of machines that care but do not speak.

## Keywords:

Appeal; Drive circuit; Body; Demand; Helplessness.

---

1 Intervenção no Colégio Clínico de Paris, realizada em 8 de fevereiro de 2025, no módulo “A questão da responsabilidade dos pais na clínica”, coordenado por Nadine Cordova e Armando Cote. Em vias de publicação em *Cahiers du Collège de Clinique Psychanalytique de Paris 2025*.

2 Tradução do texto original “Le bébé, les parents, le psychanalyste: quelles responsabilités?”. Todas as citações incluídas no texto foram igualmente traduzidas do francês.

## **El bebé, los padres, el psicoanalista: ¿qué responsabilidades?**

### **Resumen**

En este artículo, exploraremos el trabajo que realizamos con un bebé que sufría de convulsiones epilépticas posparto en un departamento de neurocirugía y una UCI pediátrica, así como con sus padres. Se abrió una transición de la impotencia al ciclo de la demanda — de los padres al analista y también del bebé a los padres —, un ciclo que podría haberse paralizado, interrumpido, obstaculizado por el poder de las máquinas que cuidan pero no hablan.

### **Palabras clave:**

Apelo; Circuito de la pulsion; Cuerpo; Demanda; Desamparo.

## **Le bébé, les parents, le psychanalyste : quelles responsabilités ?**

### **Résumé**

Le travail à l'hôpital avec un bébé souffrant de crises d'épilepsie post-natales, avec ses parents, dans un service de neurochirurgie et de réanimation pédiatrique est ici développé. Un passage de la détresse, du parent aussi, au circuit de la demande, du parent à l'analyste, et du bébé au parent, pourra ainsi s'ouvrir, circuit qui pouvait être figé, interrompu, empêché, par ce que les machines peuvent aussi produire — qui soignent mais ne parlent pas.

### **Mot-clés :**

Appel ; Circuit de la pulsion ; Corps ; Demande ; Détresse.

O que está excluído do conhecimento do corpo pela ciência concerne ao vivo, já que ele não é redutível ao biológico. (Raimbault, 1982)

Entre o possível e o desejável se desenha a fronteira que separa a biologia da ética (...). Indissociável de nossa capacidade de compreender e de mudar o curso do vivente, desenha-se outra aventura, a de nossas escolhas (...) o dever de nos pensarmos como responsáveis por nossos atos. (Ameisen, 1999)

## **Introdução**

Falar da clínica com bebês em nossas associações psicanalíticas suscita ainda hoje reações contrastantes. Um “risco”. O bebê, o *infans*, aquele que ainda não

fala, poderia ser escutado por um psicanalista? E, ainda por cima, por um psicanalista lacaniano? O que isso supõe como dispositivo? O que fazemos quando trabalhamos com bebês? O que aprendemos? O que nos ensinam os bebês?

Portanto, é um risco que suscita certo número de questões éticas para o analista. Esse termo é muitas vezes empregado no vocabulário corrente da clínica com aqueles bebês a que chamamos “bebês em risco” nas pesquisas dos últimos 30 anos nas áreas da psicanálise e do neurodesenvolvimento.<sup>3</sup> Os médicos chamam “bebês em risco” os bebês que nascem prematuramente ou que portam alguma doença desde o nascimento, ou seja, aqueles que apresentam risco elevado quanto à saúde e ao desenvolvimento a curto prazo, uma vulnerabilidade a mais. Dizemos igualmente bebês “em risco de autismo”, o que não significa, no entanto, que eles se tornarão autistas!

Desse modo, o que pode a psicanálise... para um bebê?, retomando o título de um artigo inédito de Claude Boukobza (2015). Este trabalho se deve, em parte, ao trabalho de dois anos em um cartel internacional com Daphna Benzaken (Israel), Roberta Giacche (Itália), Beatriz Chnaiderman (Brasil) e Marie-José Latour (França) em torno da questão “O que é um bebê para a psicanálise?” com base no ensino de Jacques Lacan. A criança é um analisante por inteiro, como foi desenvolvido por Rosine e Robert Lefort (1980) a partir de 1953, no primeiro seminário de Lacan. Mas e o bebê? Cito Lacan (1975, p. 190): “Isso pode parecer literalmente chocante. Bom, é preciso partir do que é chocante. A primeira virtude do conhecimento é a de ser capaz de encarar o que não é óbvio.”

Historicamente, Freud (1905/1987, p. 98) destaca que “parece certo que o recém-nascido traz em si os germes das pulsões sexuais”. Germes de uma clínica pulsional do bebê que concerne ao corpo. Seu trabalho sobre as primeiras experiências de satisfação — na origem da distinção entre necessidade, demanda e desejo — atravessa grande parte de sua obra entre 1895 e 1925. Quanto à linguagem, lembremo-nos da descoberta de Françoise Dolto, inovadora na época, que deu, logo de início, um lugar de sujeito ao bebê:

Quem de nós já viu um bebê de poucos dias com uma mamadeira? Repousando, o corpo tranquilo, ele manifesta seu contentamento por barulhinhos

---

3 As pesquisas psicanalíticas sobre o bebê começaram há cerca de 30 anos em um seminário em comum entre analistas do Espace Analytique (Catherine Mathelin e Alain Vanier) e da Association Lacanienne Internationale (Marie-Christine Laznik, Gabriel Balbo e Régnier Pirard), chamado “Emergência e campo da linguagem nos bebês” (1995). Ele conduziu a um congresso em 1998. Esse trabalho prosseguiu durante sete anos, tendo também a presença de Jean Berges, até o congresso de maio de 2005, “O bebê e a pulsão”, colocando o bebê no centro das reflexões psicanalíticas e sublinhando que uma das especificidades desse trabalho é de ser uma relação com o corpo. Paralelamente aos trabalhos sobre o bebê, grupos de trabalho e pesquisas internacionais sobre o autismo começaram (associações Preaut, Cippa...).

modulados. Vocês já notaram as pausas escandidas desses barulhinhos modulados? E se a mãe, imitando o mesmo som, lhe oferece um eco, a criança o retoma, pára de novo, escuta, e essa troca, essa linguagem, essa conversa entre esses dois seres, dentre os quais o mais novo é talvez aquele que mais oferece e que mais tem o que dizer, é uma linguagem no sentido pleno do termo (...) uma linguagem profunda, criativa e estruturante. (Dolto, 1956, p. 20)

Precisaríamos nos deter sobre esse “sentido pleno”.

## **Linguagem e saber no bebê: função e campo** ***Nascer em um banho de linguagem***

A questão pode ser colocada assim: fazemos a hipótese do inconsciente para um sujeito tão pequeno? Em seu discurso na ORTF,<sup>4</sup> Lacan levanta a hipótese de que a entrada na linguagem no bebê se daria desde sua chegada ao mundo e mesmo antes: “Esse banho de linguagem o determina antes mesmo de seu nascimento. Isso se dá pelo intermédio do desejo, no qual os pais o acolhem como um objeto, quer eles queiram ou não, privilegiado” (Lacan, 1967, p. 223). Portanto, os significantes do Outro preexistiriam ao bebê antes mesmo do nascimento. Os trabalhos de Jean Bergès (2005), aluno de Lacan, pediatra, neurologista, psiquiatra e psicanalista, insistem no fato de que, desde o nascimento, o corpo e o psiquismo — o pensamento — estão intimamente ligados e articulados. Relendo Freud (1895), em seu “Projeto”, Bergès retoma a hipótese de Lacan. Desse modo, haveria no bebê o que ele chama de “um saber” — a ser situado no nível do inconsciente — das primeiras inscrições significantes veiculadas pelos pais, a língua dita materna, língua da família da criança, com sua história particular e lugares determinados para cada membro. Saber a ser distinguido dos conhecimentos que a criança vai adquirir mais tarde na escola.

### ***Sobre o desejo (inconsciente) dos pais***

Se acompanhamos a hipótese de Lacan, o desejo (dos pais) seria o lugar a partir do qual eles acolheriam o bebê-objeto, vestindo-o com suas partes inconscientes (a criança imaginária etc.). Portanto, o bebê vem ao mundo em posição de objeto *a*. Ao mesmo tempo, objeto de desejo “privilegiado” e causa de desejo inconsciente dos pais, já que é objeto dos cuidados parentais. O risco destacado por Soler (2013-2014, p. 89) seria “que ele não seja o objeto transicional do Outro, sendo o objeto de todas as suas projeções narcísicas”. Os pais de recém-nascidos muitas vezes relatam, *a posteriori*, uma lacuna na chegada do

---

4 Na programação das manhãs da rádio France Culture, ao longo do programa “Sciences et techniques”, de Georges Charbonnier.

bebê ao mundo, a impressão de “um hóspede estranho”, para acolher, descobrir, encontrar, como se eles estivessem desconsertados — teremos sido realmente nós que fizemos essa nova pessoazinha que chegou? Como vai ser isso? — e o reconhecimento de que esse que acabou de chegar vai bagunçar tudo. Em geral, isso dura pouco tempo — não é o filho deles imediatamente — e é muito sensível, evidentemente, no caso de mães psicóticas. Depois, é rapidamente encoberto. Um bebê chega a um mundo que o precede, onde já existe pensamento, linguagem, relações; será preciso que ele conquiste tudo isso com o adulto, a fim de tornar-se o locutor de sua língua.

### ***Respirar... E gritar***

Ao nascer, o bebê que ainda não fala grita com todas as suas forças, praticamente no mesmo instante em que vem ao mundo. É um ponto sobre o qual Bergès insistiu em seus trabalhos. Ele tem que respirar com seus pulmões para viver, é obrigado a isso, senão se asfixia. No mesmo movimento, seu grito, que surge da abertura de seus pulmões, ainda não é endereçado, ainda não é uma linguagem, mas já indica um caminho: “ele é o augúrio da passagem do sufocamento ao sopro”, destacou Marie-José Latour em sua intervenção no último encontro internacional da Internacional dos Fóruns (IF), em 2024. Mas, então, para retomar o termo de Lacan, o que seria preciso a esse objeto-filho, para o qual os pais transferiram de forma privilegiada suas partes inconscientes, para ser tomado como um sujeito que tem, em si mesmo, um inconsciente? Essa questão nos interessa como analistas, porque vem interrogar não apenas o que seria um sujeito, mas como nos tornamos sujeitos, quais seriam as condições para isso, como nos tornamos seres falantes, como o inconsciente se instaura. Isso engendra mais perguntas do que respostas, mas nos coloca para trabalhar. Não seríamos nós pesquisadores também?

### ***Sobre a neotenia***

Freud, há quase cem anos, em 1926, notava que o bebê humano nascia inacabado. Para se desenvolver, ele teria, fundamentalmente, a necessidade de estar em relação com um adulto. Assim, não haveria inconsciente sem encontro com um outro. Essa noção de imaturidade seria uma característica biológica marcante, a qual chamamos “neotenia”.<sup>5</sup> Contrariamente aos animais, que começam a levantar e a tentar caminhar pouco após o nascimento, o bebê humano é, no início, frágil e dependente de seu entorno — se não nos ocupamos dele, ele morre. Ele não pode estar sozinho fisicamente para sobreviver, nem psiquicamente para se construir.

---

5 A neotenia humana é uma tese neodarwiniana que foi introduzida nos anos 1920 pelo anatomista holandês Louis Bolk, apontando as múltiplas prematizações do homem.

Lacan faz especificamente da neotenia do homem um pivô de sua demonstração: “não devemos hesitar em considerar o homem como um animal prematuro ao nascimento” (Lacan, 1938/2001, p. 27). A referência explícita a Bolk aparece em seguida, em 1946; depois, na última década de seu ensino, em 1974: “A relação do homem (...) com seu corpo (...) de início, eu insisti que era preciso para isso uma razão no real. Não há senão a prematuração para explicá-la” (Lacan, 1974a, p. 22) Pascal Quignard (2014), em seu belo livro *Sur l’image qui manque à nos jours*, destaca o quanto nossa vida psíquica se desloca por toda a vida entre dois pontos irrepresentáveis: o momento da concepção e o momento da morte. Um, porque ainda não estamos lá; o outro, porque já não estamos lá.

### Uma situação de desordem

Martin berra. Durante horas, seus gritos estridentes atravessam o serviço de pediatria. “Difícil de aguentar para nós, enfermeiras”, me diz a enfermeira. Transferido com urgência de outro hospital onde estava internado há um mês, em um contexto de crises de epilepsia pós-natal e de uma provável má-formação, exames complementares deveriam ser feitos em alguns dias. Os pais não pediram para me ver. Foi o neuropediatra quem pensou nisso e falou comigo, como costuma fazer quando se preocupa com os pais.

É, então, que bato na porta do quarto para me apresentar a eles. Eis a oportunidade de uma oferta, condição primeira, inaugural, da fala. Em seu quarto, Martin, de 4 meses, jaz em um grande berço, sem um ninho para envolvê-lo, e berra, os olhos voltados para o teto. O pai está diante da janela, olhando para fora. A mãe está sentada na poltrona ao lado do berço, cansada, imóvel. O silêncio reina. Martin está com eletrodos na cabeça, ligados por fios a um computador, pois estão fazendo um eletroencefalograma nele para tentar entender a origem de suas crises. Existe um tratamento medicamentoso que parece não estar funcionando. Não há risco vital, segundo os médicos. É o primeiro filho do casal.

Os pais aceitam conversar. O pai responderá com um aceno de cabeça. Quanto à mãe, algumas palavras emergem com dificuldade. Martin é um bebê descrito pela mãe como “doloroso”. Após cada crise, “ele chora muito”, gritos estridentes, o que pode durar muitas horas. A primeira crise ocorrera dez dias após o nascimento. Chamadas “crises parciais”, elas podem durar alguns minutos; são espasmos; ele volta a si em seguida, progressivamente. Até 30 vezes por dia. A mãe me diz sentir-se “impotente” diante das crises, “impotente para cuidar dele”, “impotente para acalmá-lo”. Ela tem a impressão de que ele tem dor o tempo todo e parece muito abatida.

Martin continua a chorar, seu grito ressoa. Ela o toma nos braços, tomando cuidado com os tubos que o ligam à máquina. Escuto com ela os gritos de seu

bebê, que não cessam. Durante os exames, quer ela o segure, quer o coloque no berço, é uma desordem.<sup>6</sup>

Proponho aos pais de Martin que me contem sobre a chegada do filho. A mãe de Martin, um pouco mais desperta, começa a me contar sobre o nascimento de seu bebê. A gravidez se passara muito bem. Ele nasceu a termo. Mas, alguns dias após o parto — dez dias —, logo que tinham voltado para casa, aconteceu a primeira crise, espasmos dos braços, das pernas... Ela “teve medo” e chamou os bombeiros. Desse medo (de que exatamente ela teve medo?), ela ainda se recorda. Medo “de perdê-lo”, medo “de que ele morra”, ela me diz, petrificada. Martin chora durante o relato da mãe, ele grita cada vez mais forte. Eu lhe pergunto se ela sabe por que seu bebê chora assim.

A doença, sem dúvida, a dor.

Eu digo que entendo que a doença de Martin é extremamente difícil para ele e para seus pais, mas insisto um pouco se não haveria outros motivos para que ele grite. Alguns bebês têm dor de barriga, sono, fome, frio, dor de dente... A mãe pensa e me diz que recentemente viu na boca do filho um começo de dente nascendo. E esse dente, cadê?, eu lhe pergunto. Apoiando-se em mim para pensar, ela se interroga: será que está doendo? Ela me diz que, não sabendo mais como lhe trazer alívio, parece não ousar mais tocá-lo. Eu lhe falo de algumas dorezinhas que todos os bebês têm que atravessar. Digo-lhe da importância de que ele possa sentir que ela está lá e que ela fale com ele.

Ela parece ter um momento de recuo. Eu lhe falo de uma receita “de vó”, uma massagem na gengiva, que fazemos nos bebês que estão com dor de dente, bem onde o dente está nascendo e em volta. Proponho que eu comece a fazê-la em seu bebê e que ela fique a meu lado. A mãe concorda e coloca Martin sobre meus joelhos. Digo a Martin que talvez haja em sua boca alguma coisa que dói e que isso acontece com todos os bebês que estão crescendo. Faço o gesto de colocar meu dedo em sua boca e aperto devagar em torno do dente, sobre a gengiva; a mãe nos olha, Martin segura meu dedo e começa um reflexo de sucção. Pouco a pouco, seu choro se torna mais fraco e ele faz um barulho com a boca. Sugiro à mãe de continuar o cuidado com o bebê e a me contar seu relato.

Retomando, claramente com certo prazer, seu bebê no colo, a mãe de Martin refaz com ele o gesto que eu havia mostrado e me conta ter perdido sua própria mãe alguns meses antes, durante a gravidez, por um câncer abdominal fulminante — ela estava grávida de sete meses. Escutando a voz da mãe, acalentado por seu gesto,

---

<sup>6</sup> Empleo a expressão “reação de desordem” no sentido da confusão, da desorganização, como Lacan a emprega na lição de 12 de dezembro de 1962, no *Seminário 10*. Baseando-se nos trabalhos do neuropsiquiatra alemão Kurt (1878-1965), ele evoca a reação de desordem, distinguindo-a da reação de angústia.

Martin a olha intermitentemente, acalma-se aos poucos, apazigua-se e dorme. Então, essa mãe em luto por sua própria mãe estava confrontada com o real em muitos lugares. Em 1959, Lacan chega a pensar o luto como um furo no real. A doença de seu bebê surgindo alguns dias depois do nascimento, veio então repetir/reactivar a efração do real e um terror da perda e da morte. E, se ousamos colocar a questão do lado do inconsciente, será que essa mãe paralisada, que acabara de perder sua própria mãe, desejava que seu bebê que sofria de uma doença vivesse?

## Do desamparo ao apelo suposto

Esse momento clínico, que, no fundo, é bastante corriqueiro, ensina-nos sobre a clínica com os bebês pequenos, oferecendo uma luz essencial sobre a metapsicologia dos primeiros tempos da vida. A doença somática, no caso a epilepsia (e a dor corporal engendrada no bebê), desafia a ligação mãe-pai-bebê e confronta o cuidador com sua impotência diante do real. Esse se paralisa, não sabe mais o que fazer, deprime-se, encontra-se ele mesmo em estado de desamparo — “de mãos abanando”, não conseguindo segurar o filho com seu corpo e suas palavras (*holding*). Os gritos do bebê são aqui interpretados pelos pais como dor somática, diante da qual não poderiam nada fazer. A esses gritos, o cuidador desencorajado não responde nada. Nesse caso, os gritos foram ouvidos pela analista não apenas como gritos de dor, mas como uma via na direção de um apelo. Evidentemente, nosso ato não cura a epilepsia do bebê — nós não partilhamos de algumas considerações sobre as causas psíquicas precoces da epilepsia —, mas abre uma lacuna.

A analista toma para si, durante um tempo, esse lugar de outro assegurador para o bebê e também para os pais. Ela levanta uma hipótese sobre os gritos do bebê, uma dor que poderia também querer dizer outra coisa. Os atos dessa sequência, habituais quando se trabalha no hospital, são fundamentais. Expressam uma maneira de ouvir diferentemente um bebê, de amarrar (*arrimer*),<sup>7</sup> de renectar a transferência do bebê para com os pais, e vice-versa, ali onde a medicina, os pediatras, as enfermeiras, os cirurgiões, os intensivistas acabam virando os interlocutores privilegiados para um bebê de quem é preciso cuidar dos órgãos — aqui, particularmente, do cérebro. Os progressos técnicos da ciência, especialmente da medicina, nos últimos 20 anos, permitem que sujeitos adultos, crianças e também bebês possam viver sob condições em que antigamente não era possível viver (bebês muito prematuros ou com epilepsia, câncer, displasias, crianças distônicas). Muitas condições já não são, na maioria das vezes, doenças mortais. Bebês muito prematuros ou com epilepsia poderiam/poderão, na maioria das vezes, viver e crescer...

---

7 Segundo o dicionário *Le Robert*, *arrimer* significa fixar duas coisas uma à outra, sendo uma ou ambas móveis: amarrar, pregar, fixar com ligações.

Interpretando o grito da criança de outro modo que não como dor somática, a analista abre um campo, que é o de colocar em palavras pelos pais, dirigindo-se à terapeuta na presença do bebê, suas respectivas histórias como pais que precederam e levaram ao nascimento do filho. É um trabalho que normalmente não é acessado com facilidade. A analista acusa recepção e recoloca as coisas. Essa é a aposta.

## A possibilidade de um lugar

A possibilidade de uma passagem do desamparo (também dos pais) ao circuito da demanda — dos pais à analista e do bebê aos pais — pode, então, abrir-se, circuito que poderia estar paralisado, interrompido, impedido, pelo que as máquinas também podem produzir — elas cuidam, mas sem falar. Basta visitar esses bebês em uma unidade de terapia intensiva (UTI). A UTI é um serviço no qual reina o silêncio ritmado pelos sinais luminosos e sonoros regulares das máquinas, significando o estado somático e a sobrevivência orgânica do bebê. Catherine Mathelin-Vanier, em seu trabalho no hospital com bebês prematuros, insiste neste ponto:

A distância entre a posição do analista, que tem que descobrir tudo por meio dos pais, e a do intensivista vai lhe permitir escutar a articulação entre o que os pais projetam sobre o corpo do filho, um pedacinho “real” de seus próprios corpos, e a criança da qual os médicos se ocupam. (Mathelin-Vanier, 2013, p. 201)

A doença somática no bebê pequeno tem, para alguns pais, o efeito de efração do real, interferindo na maneira como ele ou ela, que está em função materna, poderá supor. Supor antecipadamente, interpretando em termos linguageiros um saber parental sobre os desafios corporais de seu bebê. Supor também — interpretar o grito como um apelo que lhe seria dirigido — que a criança saberia o que poderia demandar.

Essa suposição suspendida pela irrupção da doença — efeito de sideração por uma cuidadora que não supõe mais nada — pôde ser recolocada em movimento pela via das articulações escutadas pela analista, no caso, do circuito pulsional oral (a sucção), do toque, do escópico e do linguageiro. É isso a que estou chamando amarrar, reconectar a transferência do cuidador sobre o bebê, recolocando-o, assim, em sua função, abrindo uma passagem entre projeção e transferência. Se nós supomos sujeito no bebê no hospital, oferecemos, assim, a possibilidade de um lugar que implica o lugar do Outro, do qual o cuidador pode sustentar-se. Essa hipótese de suposição de sujeito, na linha de Bergès, é evocada por Alain Vanier sobre as mães psicóticas: “É preciso que a mãe suponha sujeito no bebê” (Vanier, 2002, pp. 18-19).

## Qual demanda?

Construindo o grafo do desejo, em 1958, Lacan representa “o nível *infans* do discurso” no primeiro andar de seu esquema e, em 1966, destaca: “nem é mesmo necessário que a criança já esteja falando para que a marca colocada sobre a necessidade pela demanda se exerça, como mostram seus gritos alternantes” (Lacan, 1966, pp. 805-806). A demanda, assim, destaca-se do desejo, primeira dialética que será perdida, o homenzinho será logo de início tomado na linguagem. A suposição do Outro, levando em conta os sinais do bebê ao ouvi-los como signo de uma demanda, vem transformar os gritos dele em apelo, interpretando *a posteriori* que eles lhe são endereçados.

A reação de “desordem” na qual se encontra Martin, juntamente com seus pais, remete-nos ao que Lacan (1962-1963) chamou de reação diante de um perigo intransponível — *Hilflosigkeit* freudiano —, em que ele se encontra em desarranjo, em um estado de “desajuda” — sem recursos —, mas provavelmente ainda não está angustiado. Freud coloca em relação o desamparo psíquico com o modo como o homem entra na vida, seu estado de prematuridade. Ele insistiu muitas vezes no estado de dependência do bebê, que não dispõe de meios para suprimir em si mesmo a tensão ligada às excitações endógenas. É essa impotência do recém-nascido humano, incapaz de levar a cabo uma ação coordenada, que ele designa como estado de desamparo, o desarranjo absoluto, a “desajuda”. Vale notar, sem dúvida, a parte ativa desse bebê, que apreende a ajuda ofertada.

## Transmitir a operação do significante

Desse modo, notando a distinção que Lacan faz entre “reação de desordem” e “reação de angústia”, Marie-José Latour (2024) evoca a *Hilflosigkeit* como esse sem recurso que funda a necessidade do recurso vital do Outro e insiste sobre o ponto desse “mal-entendido estrutural e, ainda assim, inaugural, condicionando a relação com o mundo do bebê que vai, de todo modo, passar por aí”. A partir daí, ensina-nos Lacan (1962-1963, p. 56), “temos o significante, o significado e a barra. Essa barra é o lugar do desejo”.

Trabalhar com a psicanálise com bebês tão pequenos necessita, então, contrariar o real, ou seja, o impossível. A função do analista para o bebê e seus pais será a de permitir uma passagem do bebê-objeto, para que ele advenha bebê-sujeito suposto. Trata-se, como afirma Soler, de “transmitir a operação significante”. Ela continua:

Quando a criança que se apresenta é aquela a que chamei criança-objeto, cabe ao analista transmitir a operação do significante, quer dizer, produzir o que não aconteceu, e que chamamos de corte, separação, negativização,

furo. Dito de outro modo, engendrar ali onde faltava um efeito-sujeito que tem o alcance de uma defesa contra o real. (Soler, 1994, p. 30)

Transmitir essa operação de corte, portanto, diz respeito aos pais, ao bebê, aos médicos. Como analistas, levantamos a hipótese de que essa transmissão da operação significativa permite ao bebê um movimento dinâmico, do se (re)virar em direção ao Outro — “um impulso ao Outro”.

## **Ir contra o real ou suportar o impossível?**

Receber esses bebês pequenos e seus pais no hospital, em um serviço de neurocirurgia pediátrica, conduz a intervenções no que está difícil de se amarrar, permitir o relato — condição necessária — e também abre a possibilidade de agir sobre aquilo que ainda não foi feito, a subtração, ligada a esse mal-entendido estrutural, do qual emerge o sujeito. É uma clínica do impossível, no sentido de que Lacan emprega esse termo, o impossível, como real. Uma clínica que tenta sustentar no próprio ambiente do hospital a aposta de que, ao lado do real fisiológico do corpo doente, o corpo também é Outro, e que o sujeito está no Outro. Se a clínica psicanalítica é, para Lacan (2001/1976, p. 571), “o real, na medida em que ele é o impossível de suportar”, o analista deve admiti-lo. Trabalhamos, assim, com o inconsciente dos pais, já que ele é “o discurso do Outro” (Lacan, 1967, p. 223). Mas seria do mesmo modo se o bebê não estivesse doente? Isso será objeto de outra intervenção.

Este trabalho não pretende ter efeito sobre a doença somática do bebê ou da criança. Ele não diz respeito, de forma alguma, à psicossomática. Encontrar bebês e seus pais nesse contexto permite fazer a experiência das condições necessárias para a construção de um sujeito, mesmo tão pequeno, e de sua humanização. Não estamos no dispositivo do tratamento (demanda, regularidade, pagamento das sessões), mas essa experiência não é sem efeitos sobre a escuta de meus analisantes crianças e adultos. Com os adultos, é diferente, não amarramos, desfazemos os nós. Os do significante, é claro, do gozo e do sintoma. Estamos no *a posteriori*, trabalhamos com o recalque.

As ferramentas colossais que a psicanálise construiu com Lacan nos levam a nos inscrevermos nos assuntos contemporâneos do século XXI — por exemplo, as novas parentalidades —, colocando à prova nossos esquemas de pensamento, precisando nos deslocarmos, deixarmos um pouco nossos divãs, para correr o risco de experimentar a clínica, como fez Freud. Se a psicanálise está em outra direção em relação à ciência, ainda restam pontos em comum entre ambas, entre os quais a questão da demanda. Cito Lacan (1966, p. 764): “Onde está o limite em que o médico deve agir e a que ele deve responder? A alguma coisa que se chama

demanda? (...) É no registro do modo de resposta à demanda do doente que está a chance de sobrevivência da posição médica propriamente dita.”

É necessário constatar que a conferência de Lacan de 1966, “Psicanálise e medicina”, realizada no Collège de Médecine da Salpêtrière, na qual ele debate com os pediatras Jenny Aubry e Pierre Royer e com o psiquiatra e psicanalista Ginette Raimbault — conferência contemporânea a seu discurso na ORTF sobre “objeto-bebê” —, ainda é muito atual. Tendo em vista o aprimoramento das técnicas, o lugar do psiquismo na medicina, particularmente da psicanálise, sobre a qual Jenny Aubry se pergunta, está cada vez mais vivo. E, portanto, as questões dos pediatras que escuto ainda são as mesmas que Pierre Royer se fazia há 60 anos: o corpo está na maca, o caso está no dossiê, mas onde está a criança?, não tendo conseguido ouvir o que Lacan tentava dizer-lhe sobre o inconsciente.

### **Sobre o gesto de Lacan a Jenny Aubry**

Lacan não para aí a discussão, pelo contrário; ele envia, em outubro de 1969, “Duas notas” (Aubry, 1983) manuscritas distintas a Jenny Aubry sobre o sintoma da criança, publicadas pela primeira vez por ela em seu livro de 1983. É só em 2001, com a publicação dos *Outros escritos*, que elas serão fundidas em uma só e trocadas de ordem, o que não podemos deixar de observar.

Hoje em dia, os progressos rápidos da medicina confrontam também os praticantes e os sujeitos com novas questões clínicas e éticas. Esses progressos deixam, portanto, cada um tomado com o que resta, apesar de tudo: o impossível de aliviar, a dor rebelde, o incurável, a morte, ou seja, o real; e, quanto ao sujeito, a brecha radical entre demanda e desejo, o inconsciente. Como já sublinhei sobre meu trabalho com as equipes de pediatria do hospital Necker (Pellion, 2014), na clínica da criança, em que os sintomas somáticos estão muitas vezes em primeiro plano, a aliança entre a medicina e a psicanálise é particularmente atual. O interesse do dispositivo de tratamento clínico dos bebês e seus pais — com o pediatra, o neurocirurgião, o psicanalista — vem mostrar, de maneira topológica, o quanto a aliança entre medicina e psicanálise implica uma “comunidade de faltas”, termo de Agamben (1990). Esse compartilhamento da falta impulsiona a criança em direção à cultura, apesar da doença.

## Referências bibliográficas

- Agamben, G. (1990). *La communauté qui vient*. Paris: Éditions du Seuil.
- Ameisen, J.-C. (1999) *La sculpture du vivant, le suicide cellulaire ou la mort créatrice*. Paris: Éditions du Seuil.
- Aparicio, S. (2022). N'est-il donc pas médecin, l'analyste? *Revue de Psychanalyse Champ Lacanien*, EPFCL France.
- Aubry, J. (1983). *Enfance abandonnée: la carence de soins maternels*. Paris: Édition Scarabée et Compagnie.
- Bergès, J. (2005). *Le corps dans la neurologie et la psychanalyse. Leçons cliniques d'un psychanalyste d'enfants*. Ramonville Saint-Agne: Ères.
- Bergès, J., & Balbo, G. (1998). *Jeu des places de la mère et de l'enfant. Essai sur le transactivisme*. Ramonville Sainte-Agne: Ères.
- Bolk, L. (1926). *Das Problem der Menschwerdung*. Jena: Gustav Fischer.
- Boukobza, C. (2015). Que peut la psychanalyse pour l'enfant? *Que peut la psychanalyse pour l'enfant? et autres essais* (pp. 81-86). Paris: Hermann.
- Dolto, F. (1956). *La psychanalyse* (1). Paris: PUF.
- Freud, S. (1895). Esquisse d'une psychologie scientifique. Psychologie à l'usage des neurologues. In S. Freud. *La naissance de la psychanalyse*. Paris: PUF.
- Freud, S. (1896). Lettre 52 de Freud à Fliess. In S. Freud. *La naissance de la psychanalyse*. Paris: PUF.
- Freud, S. (1900). *L'interprétation des rêves*. Paris: PUF.
- Freud, S. (1985). La négation. In S. Freud. *Résultats, idées, problèmes*. Paris: PUF. (Texto original publicado em 1925)
- Freud, S. (1987). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Paris: Gallimard. (Texto original publicado em 1905)
- Freud, S. (1993). *Inhibition, symptôme, angoisse*. Paris: PUF. (Texto original publicado em 1926)
- Lacan, J (1975). *Le séminaire, livre I (1953-54), les écrits techniques de Freud*. Paris: Éditions du Seuil.
- Lacan, J. (1958-1959). *Le séminaire, livre VI. Le désir et son interprétation*. Paris: Éditions du Seuil.
- Lacan, J. (1962-1963). *Le séminaire, livre X. L'angoisse*. Paris: Seuil.
- Lacan, J. (1966). Propos sur la causalité psychique. In J. Lacan. *Écrits* (pp. 151-193). Paris: Éditions du Seuil. (Trabalho original publicado em 1946)
- Lacan, J. (1966). Subversion du sujet et dialectique du désir. In J. Lacan. *Écrits*. Paris: Éditions du Seuil. (Trabalho original publicado em 1960)
- Lacan, J. (1966). Psychanalyse et médecine. Conférence au Collège de Médecine de la Salpêtrière. *Cahiers du Collège de Médecine*, 761-774.
- Lacan, J. (1967). Petit discours à l'ORTF. *Revue Recherches* ¾, 5-9.

- Lacan, J. (1974a). *La troisième, conférence à Rome*. Paris: Éditions du Seuil.
- Lacan, J. (1974b). *Télévision*. Paris: Éditions du Seuil.
- Lacan, J. (2001). Les complexes familiaux dans la formation de l'individu. In J. Lacan. *Autres écrits* (pp. 23-84). Paris: Éditions du Seuil. (Trabalho original publicado em 1938)
- Lacan, J. (2001). Préface à l'édition anglaise du séminaire XI. In J. Lacan. *Autres écrits* (pp. 23-84). Paris: Éditions du Seuil. (Trabalho original publicado em 1976)
- Latour, M.-J. (2024, 3 de maio). L'angoisse de l'infans. In *L'angoisse comment la faire parler?, rendez-vous de l'Internationale des Forums du Champ Lacanien*. Paris.
- Laznik, M.-C. (1995). *Une psychanalyste avec les parents et trois enfants autistes se mettent à parler*. Paris: Éditions du Seuil.
- Lefort, R., & Lefort, R. (1980). *Naissance de l'Autre*. Paris: Seuil.
- Mathelin-Vanier, C. (2013). *Naître prématuré. Le bébé, son médecin et son psychanalyste*. Paris: Bayard.
- Pellion, T. (2014). Douleur et psychisme, sur la prise en charge de la douleur dans les maladies osseuses constitutionnelles. *L'Évolution Psychiatrique*, 79, 767-779.
- Quignard, P. (2014). *Sur l'image qui manque à nos jours*. Paris: Arléa Poche.
- Raimbault, G. (1982). *Clinique du réel, la psychanalyse et les frontières du médical*. Paris: Éditions du Seuil.
- Soler, C. (1994). L'enfant et le désir de l'analyste. In *L'enfant et le désir de l'analyste*. Toulouse: Le Mirail.
- Soler, C. (2013-2014). *Humanisation ? Cours au Collège Clinique de Paris, 2013-2014*. Paris: Éditions du Champ Lacanien.
- Vanier, A. (2002). D'une dyade à plusieurs. Quelques remarques à propos d'un travail avec les mères psychotiques et leur nourrisson. *Psychologie Clinique*, (12), 18-19.

**Recebido:** 21/07/2025

**Aprovado:** 04/08/2025