

Os ingredientes da parentalidade*¹

Marie Rose Moro

Não nascemos pais, tornamo-nos pais... A parentalidade se fabrica com ingredientes complexos. Alguns deles são coletivos, mudam com o tempo; outros são históricos, jurídicos, sociais e culturais. Outros são mais íntimos, privados, conscientes ou inconscientes, pertencem a cada um dos dois pais enquanto pessoas e enquanto futuros pais, ao casal, à própria história de cada um. Aqui se joga o que é transmitido e o que se esconde, os traumas infantis e a maneira pela qual cada um os cicatrizou. Resta uma outra série de fatores que pertencem à própria criança que transforma seus genitores em pais. Alguns bebês são mais bem dotados do que outros: alguns nascem em condições que tornam essa tarefa mais fácil, outros, por suas condições de nascimento (prematuidade, sofrimento neonatal, handicap físico ou psíquico...) devem vencer vários obstáculos e desenvolver estratégias múltiplas e custosas para entrar em relação com o adulto siderado. A partir da clínica trans-cultural este texto analisa esses diferentes níveis de construção e as modalidades terapêuticas possíveis, quando aparecem os percalços da parentalidade.

Palavras-chave: Parentalidade, bebê, interações pais-filhos, consultas terapêuticas, trans-cultural, etno-psicanálise

* Tradução de Júlia Castilho e Regina Orth de Aragão.

1. Retirado de *Enfants d'ici venus d'ailleurs*. Paris: La Découverte, 2002, p. 117-32.

Não nascemos pais, tornamo-nos pais... A parentalidade se fabrica com ingredientes complexos. Alguns deles são coletivos, pertencem à sociedade como um todo, mudam com o tempo, são históricos, jurídicos, sociais e culturais. Outros são mais íntimos, privados, conscientes ou inconscientes, pertencem a cada um dos dois pais enquanto pessoas, enquanto futuros pais, pertencem ao casal, à própria história familiar do pai e da mãe. Aqui está em jogo o que é transmitido e o que é escondido, os traumas infantis e a maneira com a qual cada um os contém. E depois, há toda uma outra série de fatores que pertencem à própria criança, ela que transforma seus genitores em pais. Alguns bebês são mais dotados do que outros, alguns nascem em condições que facilitam essa tarefa; outros, por sua condição de nascimento (prematuridade, sofrimento neonatal, *handicap* físico ou psíquico...) devem vencer vários obstáculos e desenvolver estratégias múltiplas e muitas vezes custosas para entrar em relação com o adulto perplexo. O bebê, como sabemos desde os trabalhos de Cramer, Lebovici, Stern e vários outros, é um parceiro ativo na interação pais-crianças, e por aí mesmo parceiro na construção da parentalidade. Ele contribui para a emergência do maternal e do paternal nos adultos que o cercam, o portam, o alimentam, proporcionam-lhe prazer numa troca de atos e de afetos que caracteriza os primeiros momentos da vida da criança.

Há mil e uma maneiras de ser pai e de ser mãe, como mostram os numerosos trabalhos dos sociólogos e dos antropólogos. Toda a dificuldade reside então no fato de deixar lugar para que se manifestem essas potencialidades e que nós nos abstenhamos de todo julgamento sobre a “melhor maneira de ser pai ou de ser mãe”. Mas é um trabalho árduo, porque a tendência natural de todo profissional é pensar que ele sabe melhor que os próprios pais como estar com sua criança, quais são suas necessidades, suas expectativas... Nosso papel torna-se então não aquele de dizer como é preciso ser, ou mesmo como é preciso fazer, mas sim o de permitir que as capacidades dos pais surjam e que nós as sustentemos. Elementos sociais e culturais participam da fabricação da função parental. Os elementos culturais têm uma função preventiva ao permitir antecipar o modo de tornar-se pais e, se necessário, o modo de dar um sentido aos percalços cotidianos da relação pais-crianças, de prevenir a instalação de um sofrimento.

Os elementos culturais se misturam e se imbricam com os elementos individuais e familiares de maneira profunda e precoce. Mesmo quando nós acreditávamos tê-los esquecido, a gravidez, por seu caráter iniciático, nos

traz à memória nossos pertencimentos míticos, culturais, fantasmáticos. Como nos proteger no exílio? Como ter belas crianças? (Cf. Lallemand et al., 1991). Ali, não se deve anunciar a gravidez; em outro lugar, é preciso evitar comer certos peixes ou alguns tubérculos que amolecem ao serem cozidos; em outro lugar ainda, o marido não deverá comer alguns tipos de carne enquanto sua mulher estiver grávida... Mais longe ainda, é preciso guardar seus sonhos, interpretá-los e respeitar as demandas que são feitas no sonho porque é a criança que fala... Esses elementos da ordem do privado no exílio (eles não são partilhados pela sociedade) vão por vezes se opor às lógicas externas médicas, psicológicas, sociais e culturais. Depois vem o momento do parto, momento técnico e público – dá-se à luz no hospital sem seus próximos. Aqui também há mil e uma maneiras de dar à luz, há mil e uma maneiras de acolher a criança, de apresentar-lhe o mundo, depois de conceber sua alteridade, e mesmo seu sofrimento. Todas essas “pequenas coisas” reativadas em situação de crise, reavivam representações por vezes adormecidas ou que se acreditava superadas.

Em nome de uma universalidade vazia e de uma ética reducionista, não integramos essas lógicas complexas, sejam elas sociais ou culturais, em nossos dispositivos de prevenção de cuidados e em nossas teorizações. Raramente interrogamo-nos sobre a dimensão cultural da parentalidade, mas sobretudo não consideramos que essas maneiras de pensar e de fazer são úteis para estabelecer uma aliança, compreender, prevenir, tratar. Estimamos sem dúvida que a técnica é nua, sem impacto cultural, e que é suficiente aplicar o protocolo para que o ato seja corretamente realizado.

No entanto, e algumas experiências clínicas o demonstram,² essas representações partilhadas são de uma eficácia evidente. De um ponto de vista teórico, elas renovam nossas maneiras de pensar, nos obrigam a nos descentrar, a tornar mais complexos nossos modelos e a nos afastar de nossos julgamentos apressados. Pensar essa alteridade é permitir a essas mulheres que vivam essas etapas de maneira não traumática e que se familiarizem com outros pensamentos, outras técnicas... Porque a migração traz com ela essa necessidade da mudança. Ignorar esta alteridade, é não somente privar-se do aspecto criativo do encontro, é correr o risco de que essas mulheres não se inscrevam em nossos sistemas de prevenção e de cuidados, é também restringi-las a uma solidão elaborativa – para pensar temos necessidade de co-construir juntos, de trocar, de confrontar nossas percepções com aquelas do outro; se isso não é possível, o pensamento não se apóia em nada a não ser nele mesmo e nos seus próprios construtos. Essa não-

2. Podemos citar como consulta transcultural em maternidade a do Hospital de Jean Verdier em Bondy (Dr. D. Neuman) no serviço do Pr. M'Uzan.

confrontação pode também conduzir a uma “rigidificação”.³ É a troca com o outro que me modifica.

Transparência psíquica/transparência cultural

Como sabemos, para além dessas dimensões sociais e culturais, estas funções materna e paterna podem ser tocadas pelos percalços do funcionamento psíquico individual, por sofrimentos antigos, mas não apaziguados, que reaparecem de maneira muitas vezes brutal no momento da constituição de sua própria descendência: todas as formas de depressão do pós-parto e mesmo de psicoses que conduzem à perda de sentido e à errância. A vulnerabilidade das mães, de todas as mães, nesse período é bem conhecida atualmente e teorizada especialmente a partir do conceito de transparência psíquica (Bydlowski, 1991) – por transparência entendemos o fato de que no período perinatal, o funcionamento psíquico da mãe é mais legível, mais fácil de perceber do que habitualmente. Com efeito, as modificações da gravidez fazem com que nossos desejos, nossos conflitos, nossos movimentos, se expressem mais facilmente e de maneira mais explícita, e, por outro lado, revivemos os conflitos infantis que são reativados, especialmente as ressurgências edípicas. Em seguida, o funcionamento torna-se opaco novamente. Esta transparência psíquica é menos reconhecida para os pais, que no entanto atravessam também múltiplas turbulências ligadas às revivescências de seus próprios conflitos, ao questionamento sobre sua própria posição de filhos, e à passagem de ser filho a ser pai. Eles os revivem e os expressam mais diretamente que de hábito. O período perinatal autoriza uma regressão e uma expressão que lhe são próprias. O exílio só faz potencializar essa transparência psíquica que se expressa nos dois pais, mesmo se de modo diferente no nível psíquico e no nível cultural. No nível psíquico, pela revivescência dos conflitos e pela expressão das emoções. No nível cultural, pelo mesmo processo, mas aplicado agora às representações culturais, às maneiras de fazer e de dizer próprias a cada cultura. Todos esses elementos culturais que pensávamos pertencerem à geração precedente se reativam, tornam-se de repente importantes e preciosos; eles se tornam novamente vivos para nós. É conveniente então propor aqui a imagem de transparência cultural para pensar e se figurar o que os pais vivem. A relação com a cultura de seus pais se encontra modificada, e então também a própria relação com seus pais.

3. *Rigidification* no original, palavra criada pela autora (N. da T.).

Por uma prevenção precoce dos percalços da parentalidade

Nessa realidade onde diferentes níveis interagem entre si, a dimensão psicológica tem um lugar específico em termos de prevenção e de tratamento. A prevenção, com efeito, começa desde a gravidez, é preciso ajudar as mães em dificuldade a pensar seu bebê que vai nascer, a investi-lo, a acolhê-lo apesar da solidão na qual elas vivem, solidão social, mas principalmente existencial. A cultura compartilhada permite antecipar o que vai se passar, permite pensá-lo, permite se proteger. Ela serve de suporte para construir um lugar para a criança que virá. Os percalços dessa construção do laço pais-crianças encontram na experiência do grupo social núcleos de sentido que, na migração, são muito mais difíceis de serem apreendidos. Os únicos pontos fixos são o corpo e o psiquismo individual; todo o resto torna-se móvel e precário. Para os outros, as mulheres autóctones em ruptura social, muito isoladas, vêm-se também sozinhas para fazer todo o trabalho de humanização do bebê, próprio a todo nascimento – a criança é um estrangeiro que é preciso aprender a conhecer e a reconhecer.

No período perinatal os ajustamentos são necessários entre a mãe e o bebê, mas também entre o marido e a mulher, os disfuncionamentos são possíveis, por vezes inevitáveis, mas frequentemente transitórios se intervirmos suficientemente cedo. Para isso, é preciso detectá-los sob as traduções somáticas ou funcionais, sob as demandas por vezes difíceis de formular, porque não se sabe bem a quem elas podem ser dirigidas, e como fazê-lo. É preciso então aprender a reconhecer a desorientação e a dúvida das mães migrantes por meio de pequenas coisas (queixas somáticas, queixas em relação ao bebê, pedidos de ajuda social...) É preciso sobretudo permitir a elas dizê-lo em sua língua quando isso for necessário, por intermédio de outras mulheres da comunidade, em alguns casos.

A prevenção precoce se situa então desde o começo da vida nos centros de Proteção Maternal e Infantil, nos serviços de maternidade e de pediatria, nos lugares de acolhimentos dos pequenininhos, nos consultórios dos médicos de família, enfim, também nos espaços da psiquiatria infantil... Essa prevenção em período perinatal é essencial porque esse período é crucial para o desenvolvimento do bebê, nós sabemos, mas também porque é nesse momento que se constrói o lugar da criança na família.

Prevenção sim, mas cuidados também. As dificuldades cotidianas com as famílias migrantes ou com as famílias socialmente desfavorecidas conduzem-nos a modificar nossa técnica de cuidados psicológicos e nossa teoria, para adaptá-las a essas novas situações clínicas cada vez mais complexas – nossas maneiras de fazer mas também nossas maneiras de pensar (Real e Moro, 1998). Trata-se então de modificar seu próprio enquadre para acolher de maneira adaptada essas

crianças e seus pais, ou de passar a vez a uma consulta especializada se for o caso, no contexto de uma rede que permita os laços e o ir e vir entre espaços de prevenção e de tratamento em uma complementação criativa.

O objetivo é permitir a esse pai ou mãe passar do dentro para esse fora que lhe faz medo e de ser, segundo a bela metáfora de Michel Serres (1977) “... o tecelão que trabalha para recosturar localmente dois mundos separados (...) por uma parada súbita, a cesura metatrófica acumulando os mortos e os naufragos: a catástrofe” (p. 38). Assim, esse operário tecelão “entrelaça, torce, junta, passa por cima, por baixo, enlaça, o racional e o irracional, o dizível e o indizível, a comunicação e o incomunicável” (ibid.)

Nós estamos aí no coração do mandato transgeracional, do qual iremos agora definir os elementos.

A árvore de vida

Cada um de nós é portador de um mandato transgeracional: podemos dizer que nossa “árvore de vida” mergulha suas raízes na terra molhada pelo sangue que os ferimentos provocados pelos conflitos infantis de nossos pais fizeram correr. Entretanto, essas raízes podem deixar a árvore de vida desabrochar quando elas não estão escondidas nas profundezas da terra, e portanto inacessíveis. Em geral, e isso é bom, a filiação, marcada por conflitos neuróticos, não interdita os processos de afiliação cultural. (Lebovici, 1995b, p. 5)

A árvore de vida da criança, isto é, o mandato que é atribuído a ela na transmissão transgeracional faz assim entrar em sua vida psíquica a geração dos avós, por intermédio dos conflitos infantis de seus pais, sejam eles pré-conscientes ou recalcados. Conflitos mais atuais e em especial os traumas, podem também se inscrever nessa árvore de vida, acontecimentos que por vezes atribuem um sentido *a posteriori* aos conflitos ou aos momentos traumáticos infantis. É o caso dos traumas migratórios, por exemplo. Quando o peso da transmissão é pesado demais e sua tradução excessivamente direta, a filiação se transforma para a criança em uma “patologia do destino” (Coblence, 1996, p. 64). Há então os “fantasmas no quarto das crianças” (Fraiberg). São visitantes que surgem do passado esquecido dos pais e que não são “convidados ao batismo”. Em circunstâncias favoráveis, os fantasmas são caçados do quarto das crianças e voltam para suas moradas subterrâneas. Mas, em alguns casos desfavoráveis, essas representações do passado no presente invadem os espaços, e se instalam, afetando gravemente a relação da mãe e do bebê. É aí que se situa a aposta terapêutica, criar, co-criar com a mãe e seu entorno a partir da criança, parceiro

ativo da interação, as condições necessárias para identificar esses fantasmas, mais do que caçá-los de verdade, negociar com eles, de certo modo, humanizá-los. Ainda e sempre fabricar o humano mesmo a partir do trauma. Tal foi em todo o caso minha posição na história clínica seguinte, onde o mandato transgeracional era pesado e traumático.

Elavie – No início, um bebê que carrega uma tristeza grande demais

Uma maternidade parisiense nos chama em caráter de urgência em função de uma situação que os preocupa e, evidentemente, os comove bastante. A equipe nos espera impaciente e nos apresenta imediatamente uma jovem que chegara a Roissy,⁴ na noite anterior, sem documentos, confusa, apavorada, falando muito mal o francês, e grávida. Ela chorava e se queixava de dores. Conduzida de urgência à maternidade, ela deu à luz a uma menina, três horas depois.

Eu me aproximo de sua cama e vejo uma mulher baixa de pele bem clara, visivelmente assustada e completamente imóvel. Eu me apresento a ela e pergunto-lhe se fala francês. Ela compreende, me parece, mas prefere falar em *lingala*, sua língua materna. Uma tradutora que geralmente trabalha comigo me acompanha e a seqüência desta primeira entrevista se desenrola em *lingala*.

Um bebê da guerra

A jovem mãe chama-se Alfonsine e tem apenas 18 anos. Chora muito durante esta entrevista, e sobretudo teme ser recolocada em um avião para o Congo. Ela diz: “Se eu voltar para lá, vão me matar!”. Ela não sabe exatamente como veio parar aqui. Um membro de sua família a colocou em um avião – somente com a passagem de ida – sem documentos e sem mesmo dizer aonde ela ia. Eu me surpreendi com o fato de Alfonsine não olhar para seu bebê e de nada perguntar sobre ele; ela se preocupava obviamente com sua própria sobrevivência. Eu falo para ela de sua filha: qual é o nome escolhido por ela? Ela me responde então que este bebê ainda não tem nome e, pontua em *lingala*: “este bebê é um estrangeiro” e acrescenta: “Se você quiser, pode você mesma dar um nome a ele, você pode até lhe dar o seu nome e isso vai proteger o bebê.” Minha preocupação por esta criança foi imediatamente interpretada por Alfonsine como uma modalidade de proteção, o que demonstra ao mesmo tempo seu desespero, sua preocupação pelo bebê e sua capacidade de se apoiar em mim.

4. Aeroporto de Paris.

De onde vem este bebê? Ela me responde que ele é um bebê da guerra, que ele não tem um pai verdadeiro, e ela se desmancha em lágrimas escondendo seu rosto. A origem do bebê aparece claramente: é um bebê que faz lembrar um acontecimento traumático, *a priori*, um estupro. Calamo-nos as três, e o bebê também pára de chorar... A partir de minha indicação, a tradutora se aproxima dela e propõe encerrar aquela entrevista. Alfonsine diz então que ela quer que fiquemos perto dela, mas que se pare de falar. Em seguida ela nos pede que seguramos o bebê – seus braços estão cansados, diz ela. A tradutora e eu seguramos o bebê, uma de cada vez, um bebê pequeno cujo corpo é bastante tônico e vivo, que segura bem sua cabeça e que procura mamar. A mãe secou suas lágrimas, observa-nos segurar o bebê. Notam-se, pela primeira vez, interações visuais diretas entre o bebê e sua mãe. Nesse momento preciso, penso em Serge Lebovici que me dizia freqüentemente: todo objetivo é transformar as competências da criança em performances. Evidentemente este bebê sem nome é hipercompetente e mostra isso; sua mãe, porém, não pode realmente perceber.

Talvez ela queira que uma enfermeira pediátrica dê o leite à sua filha. Ela aceita, por enquanto ela consente que se dê a este bebê uma mamadeira como se faz – ela enfatiza – na França.

No final da entrevista, estando o bebê com a enfermeira pediátrica, Alfonsine nos contará aterrorizada que ela tem medo da noite e do escuro, que tem medo de ser tocada, tem dificuldades de comer e que vomita com freqüência. Tudo isso começou há aproximadamente nove meses. Originária de Brazzaville, ela escapou dos combates com sua mãe e seus irmãos, e seu pai permaneceu em Brazzaville. Uma noite, na estrada, eles se depararam com membros da milícia, ela os chama assim. Eles a violaram diante da mãe e dos irmãos, e, em seguida, violaram sua mãe. Ser violada foi terrível para ela, porém, mais insuportável ainda foi ver sua mãe ser violada, e é isso que volta à noite. As imagens desta cena permanecem em sua cabeça e retornam assim que ela fecha os olhos. Eles continuaram a viagem apesar de tudo. Ela tinha medo de ter AIDS, ela tinha medo que sua mãe tivesse AIDS.

A vida retomou seu curso, seu corpo doía, mas retomou a vida, “foi possível”, disse ela, ao mesmo tempo surpresa e assustada. Observo nesse “foi possível” um vislumbre de encantamento. Sua mãe lhe disse que o essencial na vida é estarem todos juntos e vivos. Muito tempo depois eles retomaram o caminho de volta a Brazzaville. Quanto tempo? Ela não se lembra. Todos voltaram, com exceção de sua mãe. Ela morreu antes, de velhice, de cansaço ou de outra coisa... Uma noite, quando estavam bem perto de Brazzaville, eles encontraram homens armados na estrada; um deles, ela se lembra perfeitamente ter uma voz conhecida, talvez um vizinho de seu bairro, talvez alguém com quem ela estudou na escola... Ela prefere não saber. É ele quem a violará diante de seus irmãos.

Desta vez foi mais difícil, ela berrava, gritava, ela pedia que a matassem. Após o estupro, ela suplicará aos irmãos para deixá-la e partir, ela quer morrer, ela quer ficar só... Ela quer reencontrar sua mãe.

Ela falou muito por hoje, disse. Não quer que partamos; ela tem medo quando fica só, ela quer que fiquemos perto dela em silêncio. Ela olha para minha tradutora e diz: “Você tem o mesmo olhar da minha mãe!”. Esta observação, ao mesmo tempo poética e transferencial, me comoveu, como também vai comover minha tradutora, fragilizada por esta comparação abrupta. Ela me comoveu porque me mostrou que a jovem senhora não perdeu sua capacidade de *rêverie*. Comecei a imaginá-la antes do trauma. Eu me escutei dizer: “Fale-nos de sua mãe, conte-nos sobre ela.” “Minha mãe”, disse ela, “casou-se muito jovem com um homem que ela escolheu sem o consentimento de seu pai. Eu nasci disso”.

A enfermeira pediátrica trouxe o bebê calmo e tranqüilo, nós o colocamos em sua cama, perto de sua mãe, e propusemos a ela voltar no dia seguinte para continuar este trabalho pela fala. Evidentemente Alfonsine sofre de um sintoma pós-traumático que se expressa no seu corpo, seu sono, seus desejos de morte, suas reminiscências... Os estupros em repetição, a violação da mãe, a perda da mãe e talvez outros acontecimentos, deixaram nela seqüelas consideráveis; eles ferem sua identidade individual, sua identidade sexual e sua capacidade de investir no bebê que nasceu nessas condições.

Iniciamos então consultas terapêuticas, consultas longas de aproximadamente duas horas de duração. Às vezes, porém, não falamos, calamo-nos juntas as quatro. O bebê define o ritmo das sessões. Estas consultas terapêuticas vão permitir a Alfonsine, em um primeiro momento, elaborar estes traumatismos extremos que deixaram marcas profundas em seu ser – certamente alguns desses traços marcarão seu destino, mas outros podem ser cicatrizados, com a condição de se inscreverem, de uma forma aceitável, em sua “árvore de vida” e de serem transmitidos, sem vergonha, à sua filha.

Para Alfonsine, o primeiro momento será catártico. Ela narrará suas lembranças traumáticas com muitos detalhes, às vezes violentos para aquele que a escuta porque – e esta é uma marca do trauma – o relato traumático “traumatiza” por sua vez aquele que o escuta, certamente em menor grau. O efeito não pode ser comparado, mas a marca traumática existe no outro no encontro terapêutico – é isso que marca que o encontro aconteceu. Após este momento catártico, os sintomas vão se atenuar progressivamente sem, no entanto, desaparecerem completamente. Posteriormente, em um segundo momento, ela se questionará sobre o que vai fazer com esta criança: ficar com ela, ela é a marca viva do estupro; doar, como diz ela, aumentará ainda mais a sua vergonha.

Recomeça então um trabalho de tecelão “na árvore de vida” desta criança. Ela se lembra de sua mãe, convoca-a no sonho, esta é sua expressão para dizer que

gostaria de vê-la em seus sonhos, e nos diz, durante a entrevista seguinte, que sua mãe “veio vê-la na noite anterior” e quer que Alfonsine guarde a criança com ela.

Um bebê tão competente

Eu acho que o bebê está com uma boa aparência, eu digo isso diretamente ao bebê que me olha. Eu imagino que ele me sorri (pouco importa se isso é verdade). Eu observo interações visuais furtivas entre a mãe e o bebê e sobretudo interações pelo toque e pela maneira pela qual ela segura seu bebê. Pela primeira vez Alfonsine colocou este bebê nas costas durante somente alguns minutos. Fez isso porque ela chorava e isto tranqüilizou a criança. Eu digo a ela o que eu observo e ela sorri hesitando em me “revelar” que ela a amamenta. “É talvez por isso que ela está com uma cara boa” diz ela quase com humor. Ela começou a amamentar esta criança com um sentimento de transgressão misturado com culpabilidade. Ela dirá que tinha medo que nós a julgássemos bizarra: amamentar um bebê fruto de um estupro... Estamos aqui no tempo do “se fazendo” da relação, da instalação de interações precoces que é preciso observar e que contribuem para a construção da parentalidade.

Observa-se aqui o trabalho de um mecanismo fundador da constituição precoce do eu da criança, que Lebovici defendeu muito cedo desde 1961: a reciprocidade do investimento entre a mãe e a criança faz com que, se a mãe é investida, esse investimento tem sobre ela um efeito que, por sua vez, modifica a vivência da criança. O mesmo ocorre com a criança. Daí a primazia da noção de investimento mútuo e de *co-construção* necessárias. Esta menina, investida pela maternidade e por nós, força o investimento de sua mãe que por sua vez a re-investe por etapas sucessivas.

267

Uma menina humanizada pelo leite e pelos ancestrais

Ela nomeará esta menina com o nome de sua mãe e lhe dará seu leite. Sua mãe tinha o nome de avó materna de Alfonsine. Um nome que significa “começo”. Uma menina humanizada pelo leite, pelos ancestrais e que, por sua vez, vai humanizar sua mãe que se sentia suja em função do estupro, porém consolada, palavra sua, pela beleza desta criança, por suas competências, pelo que ela percebe agora como *performances*, por sua própria existência – criança que ela vai investir como um sinal positivo do destino após ter hesitado sobre sua significação e sobre os laços que a uniam a ela. Ela pergunta cada vez mais sobre seu desenvolvimento. Peço a uma colega psicóloga para aplicar na criança uma escala de desenvolvimento, Brazelton (modalidade de avaliação das competências

do bebê). Essa atividade, que eu assisti, foi um bom momento para a jovem senhora, orgulhosa de ver tudo de que era capaz a menininha. Em alguns momentos, ela tinha lágrimas nos olhos. Ela me dirá mais tarde que as lágrimas surgiam quando o pensamento de sua mãe a atravessava. Ela dizia para si mesma que esta menininha nascida do horror tinha vindo consolá-la da morte de sua mãe. Primeira etapa da construção da “árvore de vida” que atribuía a esta pequena um lugar difícil, complexo, ambivalente, mas um lugar verdadeiro. A partir de sua existência, as raízes poderiam então se difundir. A criança desempenhou ativamente aí um papel se impondo por sua tonicidade, sua vivacidade, sua capacidade de iniciar interações com sua mãe e com o mundo.

Durante a entrevista que fiz com ela, antes de sua partida para um lar de acolhimento mãe-bebê,⁵ ela me disse que, às vezes, olhando o bebê, sente-se tomada por pensamentos tristes, mas que mesmo assim se sente mãe. E é sem dúvida esta identidade maternal nascente atada à preocupação materna primária que a atravessava e a preenchia com um sentimento novo que irá ajudá-la a se reestruturar de um outro modo – profundamente metamorfoseada pelos traumas, mas não aniquilada, mudada, cheia de uma alteridade dolorosa, mas capaz de investir no futuro encarnado por este bebê não desejado, não esperado, recusado e depois reconhecido como uma parte dela mesma e de sua história, por mais dolorosa que seja.

Se ela tivesse tido realmente consciência de estar grávida enquanto ainda estava no Congo, talvez tivesse tentado fazê-lo desaparecer, mas nesse período ela estava evidentemente muito deprimida, o futuro não tinha rosto. Estava anestesiada. Suas percepções corporais estavam alteradas: havia uma espécie de exterioridade de seu corpo com relação a ela, sentimento análogo ao que atribuía ao seu bebê que saiu de seu corpo machucado. Agora, o futuro tem os traços desta criança, um rosto marcado pela lembrança do trauma, mas um novo rosto. Ela tem, às vezes, momentos de irritação com o bebê quando, durante à noite, ele grita. Mas ela diz também que são gritos de vida. Esses gritos lembram outros gritos, os seus, mas ela é capaz de diferenciar a significação deles.

Estamos diante de uma situação em que um trauma grave está na origem mesma da criança. Em outros casos, o acontecimento se situa em torno do nascimento da criança ou está ligado a ela. O acontecimento vai então inscrever a criança em uma série traumática, que marca de maneira profunda o mandato transgeracional que se designa para ele ou que se projeta nele. O mesmo ocorre quando a migração é vivida de uma maneira traumática pela mãe e que ela dá vida a um bebê pouco tempo depois ou, ainda, quando o nascimento reativa o trauma do exílio e da separação de sua própria mãe.

5. *Foyer mère-bébé* no original.

E se os bebês fossem capazes de reparar alguns traumas

Alfonsine ainda vive na França. Ela conseguiu encontrar uma prima e vive com sua filha na casa dela. A filha de Alfonsine tem agora dois nomes: o primeiro em *lingala*, e um segundo que foi acrescentado quando chegou à casa da prima, nome completamente inventado pelas mulheres que cercam essa criança – as comadres. Elas a apelidaram: Elavie.⁶

O bebê tinha dificuldades para dormir durante a noite inteira. Contudo, a jovem senhora percebeu que ele pôde realmente dormir depois de uma ligação para o país de origem quando, pela primeira vez, o pai de Alfonsine falou com ela. Ele disse a ela que sabia que ela também estava viva e que este bebê é o bebê de todos. Eu creio que, sobre este assunto, havia uma dúvida nela, uma dúvida edipiana certamente. Encontra-se aqui uma questão essencial, um nó na transmissão transgeracional harmoniosa e que traz vida ou, de qualquer forma, uma alavanca terapêutica para que ela volte a sê-lo. Este bebê é o bebê do incesto.

Eu sei que as noites de Alfonsine são, às vezes, ainda amargas, mas os dias são mais suaves e mais serenos. A excitação traumática da noite não desapareceu; uma excitação co-sexual como dizia Lebovici para descrever os efeitos traumáticos dos acontecimentos vividos por ele durante a Segunda Guerra Mundial: ele sonhava com a Gestapo (Lebovici, 1995 a, p. 5). Como eu perguntava a ele sobre a transmissão destes acontecimentos traumáticos às gerações seguintes, ele afirmava com vigor: “Eu acredito que isto vai parar comigo. Estes eventos me pertencem, eles não estão ligados a uma neurose traumática, uma psicose traumática. É muito específico...” O que é que faz parte da transmissão transgeracional e o que não faz? Quais as condições que fazem com que um acontecimento não seja transmitido, ou ao menos não seja transmitido como um acontecimento traumático impensável e desestruturante? É necessário discutir aqui a natureza do trauma individual ou coletivo, a capacidade daquele que vive o trauma de subjetivá-lo, de lhe dar um sentido, para que ele sirva de adubo para as raízes da “árvore da vida”, sem no entanto paralisá-lo em uma capa mortífera.

A jovem senhora reencontrou um certo desejo de viver; ela é soronegativa. Ela diz a si mesma que um dia retornará a Brazzaville para apresentar sua filha Elavie à sua família. Elavie tem agora três anos, ela é sempre muito viva e tônica corporalmente. É saudável. Segura bem seu corpo. Entrou na escola recentemente e se separou de sua mãe sem dificuldades (eu tinha apreensão por esse momento, não sei bem por que). Sua mãe diz “ela vai me ensinar o francês”. É verdade que esta menina fala bem; fala as duas línguas e, evidentemente, adora falar. É uma

6. O som em francês dessa palavra corresponde a *eh! la vie*, que em português seria “Eh! a vida”.

menininha falante e elegante. Certamente é necessário que ela cresça um pouco para que se possa saber se efetivamente sua árvore de vida lhe deixa espaço suficiente e ilusão criativa, mas o que se recebeu, é recebido, o que é bom para ela, para sua mãe e para mim, aliás...

Dois processos terapêuticos próprios a este período perinatal são essenciais: a necessidade de ajudar essas mães feridas a se reconstruírem e não somente a trabalhar sobre suas defesas; isto se torna possível em função da transparência psíquica e da preocupação materna primária próprias a este período. E, trabalhar diretamente com o bebê e não somente com a mãe, em uma tríade aberta ao redor do bebê: bebê-mãe-terapeuta, e o grupo que apareceu progressivamente em torno da mãe: grupo imaginário inicialmente e atualizado pela transferência, e posteriormente concreto – processo grupal que resultou, aliás, em uma re-nominação do bebê.

Referências

- BRIL B., ZACK, M. Du maternage à la puériculture. *Informations sociales*, n. 5, p. 30-40, 1989.
- BYDLOWSKI, M. La transparence psychique de la grossesse. *Etudes freudiennes*, n. 32, 2-9, 1991.
- COBLENCÉ, F. *Serge Lebovici*. Paris: PUF, 1996.
- CRAMER, B. La psychiatrie du bébé une introduction. In: *La dynamique du nourrisson*. Paris: E.S.F., 1982. p. 28-33.
- CYRULNIK, B. *Un merveilleux malheur*. Paris: Odile Jacob, 1999.
- DE PLAEN S., MORO M. R. Édipe polyglotte. Analyse transculturelle. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, n. 24, p. 19-44, 1999.
- _____. PINON Rousseau, D., CISSÉ, C. L'enfant qui avait une mémoire de vieux... Un dispositif de soins à recréer pour chaque enfant de migrants. *Prisme*, v. 8, n. 3, p. 44-77, 1998.
- DEVEREUX, G. (1967). *De l'angoisse à la méthode*. Paris: Flammarion, 1980.
- _____. L'image de l'enfant dans deux tribus: Mohave et Sedang. *Revue de Neuropsychiatrie infantile et d'hygiène mentale de l'enfant*, n. 4, p. 25-35, 1968.
- _____. *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris, Gallimard: 1970.
- _____. L'ethnopsychiatrie. In: *Ethnopsychiatria*, n. 1, p. 7-13, 1978.
- _____. (1972). *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Paris: Flammarion, 1985.
- FRAIBERG, S. *Fantômes dans la chambre d'enfants*. Paris: PUF, 1999.
- FREUD, A. (1978). Avant-propos. In: ANTHONY, E. J.; CHILAND, C.; KOUPELNIK, C. (eds.). *L'enfant dans sa famille. L'enfant vulnérable*. (trad. fr.). Paris: PUF, 1982. p. 13-14.
- FREUD, S. (1910). Perspectives d'avenir de la thérapeutique psychanalytique. In: *La technique psychanalytique*. (trad. fr.). Paris: PUF, 1970.
- _____. (1919). *L'inquiétante étrangeté* (Das Unheimliche). Paris: Gallimard, 1985.

- JEAMMET, P. Réalité externe et réalité interne. Importance et spécificité de leur articulation à leur adolescence. *Rev. Franç. Psychanal.*, n. 3-4, p. 481-521, 1980.
- KRISTEVA, J. *Etrangers à nous-mêmes*. Paris: Fayard, 1988.
- LALLEMAND, S.; JOURNET, O., EWOMBE-Moundo, E. et al. *Grossesse et petite enfance en Afrique Noire et à Madagascar*. Paris: l'Harmattan, 1991.
- L'AUTRE, n. 1. *Nourritures d'enfances*. Grenoble: La Pensée Sauvage (ed.), 2000.
- L'AUTRE, n. 2. *Dire sa vie*. Grenoble: La Pensée Sauvage (ed.), 2000a.
- L'AUTRE, n. 4. *Adolescences*. Grenoble: La Pensée Sauvage (ed.), 2001.
- L'AUTRE, n. 5. *Ces objets qui soignent*. Grenoble: La Pensée Sauvage (ed.), 2001a.
- LEBOVICI, S. L'objet est investi avant d'être perçu. *Psychiatrie de l'enfant*, Paris: PUF, v. III, fasc.1., 1961.
- _____. *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste*. Paris: Le Centurion, 1983.
- _____. Interview. In: *Psychiatrie humanitaire en ex-Yougoslavie et en Arménie*. Paris: PUF, 1995a. p. 5.
- _____. Surmoi II, les développements post-freudiens. In: *Monographies de la Revue Française de Psychanalyse*. Paris: PUF, 1995b.
- LÉVI-Strauss C. (ed.). *L'identité*. Paris: Grasset, 1977.
- MEAD, M. *Mœurs et sexualité en Océanie* (trad. fr.). Paris: Plon, 1963.
- _____. (1930). *Une éducation en Nouvelle-Guinée* (trad. fr.). Paris: Payot, 1973.
- MORO, M. R. D'où viennent ces enfants si étranges? Logiques de l'exposition dans la psychopathologie des enfants de migrants. *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*, n. 12, p. 69-84, 1989b.
- _____. *La construction de l'interaction. Fonctionnement des systèmes de représentations culturelles dans les psychothérapies mère-enfant*. 1991. Thèse (pour l'obtention du doctorat de Psychologie), Université de Paris VIII.
- _____. Les femmes migrantes abandonnent-elles leurs commères pour des chimères? Destins de femmes entre identité et métamorphoses. In: YAHYAOU, A. (ed.). *Destins de femmes, réalités de l'exil*. Grenoble: La Pensée Sauvage, 1993. p. 97-111.
- _____. *Parents en exil. Psychopathologie et migrations*. Paris: PUF, 1994a (Fil Rouge).
- _____. Penser de nouvelles manières de faire avec les parents migrants et leurs bébés. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 1994b, 1-2 "Vers une psychiatrie transculturelle parents-bébé", 3-11.
- _____. *Psychothérapie transculturelle des enfants et des adolescents*. Paris: Dunod, 2000 (1^{ère} édition, 1998).
- _____. GIRAUD, F. L'exil et la souffrance psychique. *Esprit*, p. 155-68, juillet 2000.
- MORO, M. R.; NATHAN, T. Le bébé migrateur. Spécificités et psychopathologie des interactions précoces en situation migratoire. In: LEBOVICI, S.; WEIL-Halpern, F. (eds.) *Psychopathologie du bébé*. Paris: PUF, 1989. p. 683-722.
- _____. Psychiatrie transculturelle de l'enfant. In: LEBOVICI, S.; DIATKINE, R.; SOULÉ, M. (eds.). *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. (4 v.). Paris: PUF, 1995. tome I, p. 423-46. Deuxième édition en 1999 dans la collection "Quadrige".
- _____. RABAIN-Jamin, J.; STORK, H et SI AHMED, D. Le bébé dans son univers culturel. In:

- LEBOVICI, S. et WEIL-Halpern, F. *Psychopathologie du bébé*. Paris: PUF, 1989. p. 683-748.
- NATHAN, T. La folie des autres. In: *Traité d'ethnopsychiatrie clinique*. Paris: Bordas, 1986a.
- _____. Trauma et mémoire. Introduction à l'étude des soubassements psychologiques des rituels d'initiation. *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*, n. 6, p. 7-19, 1986b.
- _____. MORO, M. R. Enfants de djinné. Evaluation ethnopsychanalytique des interactions précoces. In: LEBOVICI, S.; MAZET, P. et VISIER, J. P. (eds.). *Evaluation des interactions précoces*. Paris: Eshel, 1989. p. 307-40.
- NOUVELLE REVUE d'Ethnopsychiatrie, n. 12. *L'enfant exposé*. Grenoble: La Pensée Sauvage, 1989.
- NOUVELLE REVUE d'Ethnopsychiatrie, n. 4. *L'enfant ancêtre*. Grenoble: La Pensée Sauvage, 1985.
- RABAIN-Jamin J. La famille africaine. In: LEBOVICI, S. et WEIL-Halpern, F. (eds.). *Psychopathologie du bébé*. Paris: PUF, 1989. p. 722-7.
- _____. WORNHAM, W. Transformations des conduites de maternage et des pratiques de soin chez les femmes migrantes originaires d'Afrique de l'Ouest. *Psychiatrie de l'enfant*, ano XXXIII, n. 1, p. 287-319, 1990.
- REAL, I.; MORO, M. R. De l'art d'humaniser les bébés. Clinique transculturelle des processus de socialisation précoce. *Champ psychosomatique*, n. 15, p. 31-44, 1998.
- STERN, D. *La constellation maternelle*. Paris: Calmann-Lévy, 1995.
- STORK, H. *Enfances indiennes. Etude de psychologie transculturelle et comparée du jeune enfant*. Paris: Paidós/Le Centurion, 1986.
- WINNICOTT, D. W. (1957). Le monde à petite dose. In: *L'enfant et sa famille*. (trad. fr.). Paris: Payot, 1979.

Resumos

No nacemos padres, nos tornamos padres. La paternidad se fabrica con ingredientes complejos. Algunos de ellos son colectivos, cambian con el tiempo, otros son históricos, jurídicos, sociales e culturales. Otros son más íntimos, privados, concientes o inconcientes, pertenecen a cada uno de los dos padres en tanto personas o en tanto futuros padres, a la pareja, a la propia historia de cada uno. Aquí se juega lo que es transmitido y lo que se esconde, los traumas infantiles y la manera en que cada uno los cicatrizó. Queda otra serie de factores que pertenecen al propio niño que transforma sus genitores en padres. Algunos bebés son mejor dotados de lo que otros, por sus condiciones de nacimiento (prematuridad, sufrimiento neonatal, handicap físico o psíquico) deben vencer varios obstáculos y desenvolver estrategias múltiples y costosas para entrar en relación como o adulto "siderado". A partir de la clínica transcultural este texto analiza los diferentes niveles de construcción y la modalidades terapéuticas posibles, cuando aparecen tropiezos de la paternidad.

Palabras claves: Paternidad, bebé, interacciones padres-hijos, consultas terapéuticas, transcultural, étno-psicoanálisis

On ne naît par parents, on le devient... La parentalité cela se fabrique avec des ingrédients complexes. Certains sont collectifs, changent avec le temps, ceux-là sont historiques, juridiques, sociaux et culturels. D'autres sont plus intimes, privés, conscients ou inconscients, ils appartiennent à chacun des deux parents en tant que personne et en tant que futur parent, au couple, à la propre histoire de chacun. Ici se joue ce qui est transmis et ce que l'on cache, les traumas infantiles et la manière dont chacun les a colmatés. Reste une autre série de facteurs qui appartiennent à l'enfant lui-même qui transforme ses géniteurs en parents. Certains bébés sont plus doués que d'autres, certains naissent dans des conditions qui leurs facilitent cette tâche, d'autres par leurs conditions de naissance (prématurité, souffrance néonatale, handicap physique ou psychique...) doivent vaincre bien des obstacles et déployer des stratégies multiples et coûteuses pour entrer en relation avec l'adulte sidéré. A partir de la clinique transculturelle ce texte analyse ces différents niveaux de construction et les modalités thérapeutiques possibles quand apparaissent des avatars de la parentalité.

Mots clés: Parentalité, bébé, interactions parents-enfants, consultations thérapeutiques, transculturel, ethnopsychanalyse

We are not born parents, we become parents... The parenthood is fabricated with complex ingredients. Some ingredients are collective, they change with time, and they can be historic, legal, social and cultural. Others are the more private, conscious or subconscious, that belong to each of the parents. Here is where it becomes important what is transmitted between generations and what is hidden, such as childhood traumas and the way each person healed them. There are, as well, many factors that belong to the child that transforms the biological parents into real parents. Some babies are born in better health than others. The ones that have a condition (pre-maturity, suffering while inside the womb, physical or mental handicap) must surpass various obstacles and develop multiple strategies to start normal relationships as an esteemed adult. This text analyses, from the perspective of a trans-cultural clinic, the different levels of construction and the possible therapeutic modalities when there are difficulties in parenthood.

Key words: Parenthood, baby, parents-sons interaction, trans-cultural, etno-psychoanalysis