

Contribuições da observação das interações precoces à compreensão das primeiras relações pais-criança

Prof. Ph. Mazet*

Parece interessante focar a contribuição do estudo das interações precoces na compreensão das dificuldades ou transtornos observados nas primeiras relações mãe (pais)-criança. Parece que há efetivamente uma perspectiva particularmente fecunda, sob um ponto de vista clínico.

No plano prático: poder reparar eventuais problemas muito precoces, principalmente em situações de alto risco para o bebê, colocando-se em ação, de forma precoce, eventuais medidas terapêuticas.

No aspecto teórico: melhor compreendendo como se desenvolvem os primeiros transtornos da criança em função de seu meio e como, por exemplo, podemos passar da grande mãe-bebê para uma dimensão transgeracional.

Evidentemente, não é preciso sublimar a importância das primeiras relações pais-criança no desenvolvimento psíquico desta última, bem como, na prática clínica, a necessidade de uma avaliação mais profunda possível do contexto relacional em que vivem o bebê e seus pais. Entretanto, a exploração clínica não se limita unicamente à observação e descrição dos problemas das relações pais-filhos, mas visa também detalhar melhor seu lugar no sofrimento e nos transtornos da criança, tanto no que se refere ao seu agravamento como a sua gênese.

Antes de apresentar brevemente uma situação clínica e trazer alguns elementos de descrição de uma clínica de interação, parece útil em um primeiro momento caracterizar, de maneira mais específica, a perspectiva e o campo das interações precoces.

1) Qual é o campo da interação na clínica?

Notemos que um dos eixos essenciais dessa perspectiva é metodológico: não nos limitamos às idéias e representações do que se passa entre o bebê e seus pais (sua mãe, seu pai, seus irmãos e irmãs ou os adultos encarregados de seu cuidado), a partir daquilo que dizem; observamos o que se passa aqui e agora, por exemplo, durante o próprio tempo da consulta. Essa referência à observação é constitutiva dessa perspectiva, quaisquer que sejam as referências teóricas e a formação do clínico.

Mas o que podemos e o que devemos observar? De quais interações trataremos? Sem desconhecer os múltiplos significados do termo interação

* Professor de psiquiatria da criança e do adolescente, chefe do serviço de psicopatologia da criança e do adolescente. Diretor do laboratório de psicopatologia clínica, biológica e social da criança e da família.

sob o plano geral, bem como os diferentes usos do conceito de interação em psicologia e em psicopatologia, frisamos que aqui nos referimos ao conceito de **interação interpessoal**, social, para reproduzirmos a terminologia anglo-saxã, e aqui com uma aplicação clínica bastante vasta: a observação das ações recíprocas, das trocas e da comunicação entre o bebê e sua mãe ou uma outra pessoa, durante o tempo do encontro clínico e consulta terapêutica, sessão psicoterápica, intervenção em domicílio; essa aplicação é muito maior, por exemplo, que aquela utilizada pelos psicólogos do desenvolvimento, que se preocupam em delimitar cuidadosamente o objeto de seu estudo e recorrem a uma definição bastante precisa, por exemplo, em termos de "seqüência de, ao menos, dois comportamentos socialmente orientados próximos e reciprocamente endereçados".

Essas interações, cuja representação gráfica é de uma espiral (ver figura anexa), às quais retornaremos, concernem a: - o comportamento (no nível do corpo, do olhar, da voz e das palavras);

- a vida afetiva (tônus afetivo geral da interação, harmonização afetiva);

- a vida imaginária e fantasmática, em referência à influência recíproca, durante o tempo da interação, da vida psíquica e dos parceiros.

Além disso, conforme se vê também nessa figura, o aspecto apresentado pelas interações entre o bebê e as pessoas que o cercam depende de inúmeros fatores tanto relacionados com a mãe como com o bebê. Assim, considerando-se a mãe, entram em jogo sua disponibilidade no momento da interação, suas modalidades de cultura e de cuidados ao bebê, seu estado psicológico atual, as características de sua personalidade e como se relaciona com o bebê. Da mesma forma, de parte do bebê, intervêm sua vigilância, sua atenção e sua disponibilidade no momento da interação, sua reatividade pessoal às solicitações e aos estímulos provenientes do parceiro, seu estado psicológico atual, as características (ainda nascentes) de sua personalidade e sua relação com o parceiro, bem como as características de sua ligação com ele. Enfim, a forma tomada pela interação depende assim das modalidades de relação entre as duas pessoas, mas, conforme acabamos de ver, outros fatores também devem ser considerados além dos fornecidos pela interpretação dos dados de observação dessas interações.

Isso nos leva a fazer aqui uma outra consideração, concernente ao fato de que a noção de interação remete-nos a uma temporalidade circunscrita e a um espaço preciso e delimitado, mesmo sendo variável o recorte de realidade, conforme sabemos na clínica.

Assim, vemos que **essa noção de interação é diferente daquela de relação**, com a qual é frequentemente confundida. Esta última é um conceito

no qual, entre outras coisas, a temporalidade é evidentemente diferente. Uma relação interpessoal, em termos de ligações ou vínculo, nasce, desenvolve-se, reforça-se ou rompe-se, ou ameaça romper-se, situa-se em um tempo variável mas que não era contado (salvo exceções) em minutos, podendo durar anos ou mesmo toda uma vida. Assim podemos dizer que uma relação interpessoal constrói-se, por um lado, a partir das interações entre duas pessoas, e de outro, exterioriza-se a partir de interações cuja observação permite-nos ter uma idéia das modalidades relacionais dos dois parceiros.

Notemos ainda dois pontos:

- considerando-se os dados de observação das interações durante o tempo de encontro clínico, elaboramos a hipótese de que elas traduzem modalidades de interação significativas de comunicação geral entre os envolvidos;

- não podemos esquecer de que se trata de um encontro clínico, interpessoal, no qual a observação participante do clínico não é neutra, influenciando na expressão da interação entre os diferentes participantes da situação.

2) Uma mãe e um bebê em dificuldades

A perspectiva de interação tem no campo clínico **uma dimensão preventiva evidente**. Trata-se de tentar perceber os transtornos interacionais antes que as dificuldades se manifestem sob a forma de sintomas da criança ou de transtornos em seu desenvolvimento.

Vemos o interesse de uma tal perspectiva naqueles casos que, habitualmente, convencionamos chamar de situações de alto risco para o bebê (prematuridade, doença física ou anomalias congênitas, depressão pós-parto, transtornos psíquicos maternos, mães HIV+, famílias com problemas múltiplos, famílias migrantes, etc.). A identificação de problemas precoces de interações pode indicar aplicação de medidas terapêuticas (observação terapêutica, seguimento e apoio psicológico, consultas terapêuticas ou terapia breve pais-bebê, intervenções em domicílio, etc.).

Apresentamos a seguir uma vinheta clínica, resumindo uma observação já desenvolvida (Mazet & Stoleru, 1993), na qual podemos observar bem essa perspectiva bifocal (ver e ouvir) durante o desenrolar da consulta terapêutica.

Trata-se de uma jovem mãe que vem acompanhada de seu bebê de 4 meses, a pedido da auxiliar de puericultura da creche, dizendo: "ele não quer comer comigo... não me olha... *ele me fere* e quanto mais me angustio, pior ele fica". O clínico observa que a mãe esforça-se desesperadamente para que o bebê a olhe, e

este vira a cabeça. A mãe conta então sua própria história: uma mãe intrusiva, um pai que abandonou a casa quando ela tinha três ou quatro anos e que voltou quando tinha doze, mostrando-se muito ousado ao seu olhar. A partir disso, conta sua história incestuosa, que terminou somente após nova partida do pai, que ela não mais reviu depois de muitos anos.

Duas semanas após essa consulta, a enfermeira observa na sala de espera, antes da segunda consulta, que a mãe alimentava seu bebê sem problema, o que ocorria normalmente. Da mesma maneira, o terapeuta observou que as interações entre ambos durante a consulta pareciam mais harmoniosas. Via-se que a mãe e a criança pareciam estar melhor juntas. A mãe também constatou que havia ocorrido uma mudança que ela não compreendia.

Ao curso da terceira consulta, a mãe diz: "O senhor sabe, eu não tive mais contato com meu pai desde os 12 ou 13 anos. Mas eu lhe escrevi e contei sobre o nascimento de Tomas dizendo-lhe que gostaria de revê-lo". Seu pai respondeu para agradecer-lhe.

Durante a quarta consulta, na qual seu companheiro, pai do bebê, estava presente, a mãe disse que tudo estava bem e que ela desejava continuar.

Não se trata aqui de fazer comentários psicopatológicos sobre essas quatro consultas terapêuticas, mas simplesmente de notar que, nessa situação clínica, pudemos observar os transtornos nas interações entre o bebê e sua mãe, remetendo essas dificuldades relacionais entre eles ao estabelecimento de uma hipótese de que poderia haver, da parte dessa mãe, uma projeção muito ativa de sua relação incestuosa com seu próprio pai que interferiu nessa relação com seu bebê.

O terapeuta pode realizar essa atitude bifocal, quer dizer, **escutar um discurso** e uma história e, ao mesmo tempo, **observar** e olhar o que se passava durante o tempo da consulta.

Sob outro plano podemos dizer que essa dimensão da observação das interações permitiu também a **objetivação do processo de mudança** terapêutica: o desaparecimento dos transtornos interacionais, constatados na primeira consulta e que significavam o mal-estar relacional entre essa mãe e seu bebê, representa o testemunho clínico da ordem da dimensão de um signo de um tal processo de mudança. É interessante notar que o campo do observável pode ser utilizado no tratamento em si, à medida que os pais falam, espontaneamente, durante as consultas pais-bebê, de situações concretas, como por exemplo das dificuldades nos momentos e atividades cotidianas (refeições, mudanças, banhos, etc.), e de situações da realidade que representam um suporte na verbalização dos afetos e das representações.

Podemos notar também que, nessa observação, a **dimensão transgeracional** aparece claramente.

3) Para uma clínica de interação

Acabamos de ver, na observação precedente, que a noção de interação em clínica é, segundo nossa opinião, maior que a noção de integração comportamental.

Assim, parece-nos necessária a observação das três dimensões da interação, conforme insiste a escola de Bobigny (Lebovici e Stoleru, 1983; Mazet e Stoleru, 1988):

– interação **comportamental**: ajustamento tônico-postural-motor e contatos cutâneos, olhares, vocalizações do bebê e palavras maternas;

– interação **afetiva**: tonalidade afetiva geral da interação e qualidade da harmonização afetiva (Stern, 1985), permitindo ao bebê e ao seu parceiro compartilhar as experiências emocionais;

– interação **fantasmática** com sua dupla dimensão imaginária consciente ou pré-consciente e fantasmática inconsciente. Essa noção de interação fantasmática foi introduzida por Reinier e Craner (1981) por um lado, e por Lebovici (1983) por outro. Corresponde à dimensão intrapsíquica, notadamente fantasmática, que podemos supor, senão observar, a partir da seqüência interativa, como por exemplo, na observação precedente, os transtornos interacionais do olhar entre mãe e bebê. Ela é o meio de acesso à dimensão intergeracional presente nesses transtornos precoces.

Podemos ainda, se tentarmos sistematizar os transtornos interacionais, tanto em um plano qualitativo como quantitativo, avaliar:

– o **nível de estimulação** a partir da interação, em termos, por exemplo, de excesso ou insuficiência-falta;

– a **reciprocidade** e a **mutualidade** levando, por exemplo, à realização de interações desarmônicas;

– o **desenrolar temporal imediato** da interação, por exemplo, em termos de descontinuidade (micro-ruptura...), de não-transformação da interação (imobilizada) ou de repetição da seqüela interativa.

Isso é, por exemplo, aquilo que observamos quando vimos que se repetiam de maneira dolorosa os transtornos das interações no momento de uma refeição ou das trocas de olhar.

Parece-nos assim que podemos apreender de modo mais preciso os transtornos relacionais pais-bebê e fornecer um certo número de elementos de compreensão, úteis ao trabalho terapêutico que vamos tentar empreender.

Será, evidentemente, muito interessante tentar ver como, na prática clínica, procuramos descrever e qualificar esses transtornos das relações pais-bebê, às vezes sob o ponto de vista qualitativo (sentimento de insegurança, de tensão, de ansiedade, relações mais ou menos agressivas ou erotizadas, etc.) e quantitativo (por

exemplo, em termos de carência ou hiper-solicitude, hiperinvestimento ou falha no investimento), bem como sob o plano sincrônico ou discrônico (em termos de descontinuidade ou de ruptura das relações, etc.). A recente monografia "Classificação diagnóstica: 0-Q-3" (1995) do National Center for Infant Programs aborda esse assunto.

Mas isso é um outro problema, uma vez que aqui se trata de considerar a importância da observação das interações em nosso trabalho terapêutico a partir das consultas ou da terapia breve pais-bebê, sobre o que Fraiberg (1980) já mostrou todo o interesse.

Concluindo, parece-nos interessante sublinhar que, se considerarmos neste artigo algumas das situações da prática clínica, essa perspectiva de interação abriu e abre perspectivas extremamente estimulantes e enriquecedoras nesse domínio, sob a forma de pesquisas clínicas (por exemplo, nas situações de prematuridade, depressão materna, transtornos de sono e alimentares do bebê, transtornos das interações nas famílias com múltiplos problemas, etc.) e não-clínicas (por exemplo, o estudo da face impassível "still-face" ou aquelas da tríade), que podemos verificar, eventualmente, em nosso trabalho clínico.

INTERAÇÕES PRECOSES MÃE-BEBÊ

Dois parceiros ativos
A harmonia, a mutualidade e a reciprocidade são funções de diferentes fatores
ligados ao mesmo tempo à mãe e ao bebê

Mãe		Bebê
(também pai, fratria ou outro parceiro)		
- Disponibilidade no momento da interação		- Vigilância, atenção e disponibilidade no momento da interação
- Modalidades de puericultura e dos cuidados ao bebê		- Reatividade pessoal às solicitações e ao estímulo do parceiro
- Estado psicológico atual		- Estado psicológico atual
- Personalidade e		- As características nascentes da personalidade e
- Relação com o bebê		- Relação com o parceiro e modalidades de seu vínculo com ele

As interações são:

- comportamentais: no nível do corpo, da voz e das palavras, do olhar;
- afetivas: importância de uma harmonização afetiva "suficiente";
- imaginárias (consciente) e fantasmáticas (inconscientes): influência recíproca da vida psíquica dos dois parceiros.

Bibliografia

1. *Diagnostic Classification: 0-q-3* National Center for Clinical Infant Programs (Arlington), Washington, Library of Congress
2. Fraiberg S. *Clinical Studies in Infant Mental Health The First of Life*. New York: Basic Books, 1995.
3. Kreisler L. & Cramer B. Sur les bases cliniques de la psychiatrie du nourrisson. *Psychiatrie de l'enfant*, 24 (1): 223-263, 1981.
4. Lebovici S. & Stoleru S. *O bebê, a mãe e o psicanalista*, Porto Alegre, Artes Médicas, 1986.
5. Mazet Ph. & Stoleru S. *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant*, 2ème édition, Paris: Masson, 1993.
6. Mazet Ph. & Stoleru S. *Manual de psicopatologia do recém-nascido*, Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
7. Palacio Espasa. F. et Manzano J. Problématique psychique et interactions parents-bébé lors des interventions thérapeutiques in: B. Cramer (dir) *Psychiatrie du bébé*, Nouvelles Frontières, 71, 83, Paris: Eshel, 1988.
8. Stern D. *The Interpersonal World of the Infant: a view from psychoanalysis and developmental psychology*, New York: Basic Books, 1985.