

# Perturbações Precoces de Contacto

LÍLIA FERREIRA (\*)

## 1. INTRODUÇÃO

Mãe e bebé necessitam de uma ligação forte para que se possam estabelecer laços de confiança, indispensáveis ao desenvolvimento físico e emocional da criança.

O bebé e o cuidado materno juntos formam uma unidade: «O bebé não pode existir sózinho, ele faz parte essencial de uma relação». A mãe através da sua identificação com o filho sabe como este se sente, de modo que é capaz de prover quase exactamente o que o bebé necessita.

Existem, no entanto, situações muito desfavoráveis que tornam a criança vulnerável e podem pôr em risco a relação mãe-bebé.

Quando um filho não nasce de termo ou se desenvolveu mais lentamente do que o usual na gravidez, ou ainda se apresenta algum problema clínico, a relação passa-se de um modo diferente. Por exemplo, a situação de emergência não esperada que define o nascimento de uma criança prematura, provoca uma ansiedade da mãe, que, assim como o bebé, fica desamparada e necessitando de ajuda. A separação mãe-filho é vivida pela mãe com angústia e depressão, e leva-a a desenvolver fantasias e medos em relação à criança.

Após uma fase de dúvida sobre a vida do bebé, ela tem de reinvestir esta criança. A adaptação ao papel de mãe dá-se lenta e tardiamente, e o desenvolvimento de uma

relação mãe-filho de boa qualidade torna-se difícil.

As próprias características de reactividade do bebé são importantes para a disfunção da díade (por exemplo: bebés hiperactivos difíceis de acalmar, bebés com resposta lenta), desorganizando a própria actividade materna de um modo que dificulta «o sentir e o ler» dos estados e necessidades do bebé, não lhe fornecendo a gratificação afectiva e a estimulação adequada.

Por outro lado, a falta de empatia ou a patologia da mãe-pais é um determinante importante para o estabelecimento de uma relação suficientemente boa mãe-filho. As suas próprias fantasias, a pouca compreensão das necessidades do bebé, a projecção sobre o seu filho das suas ansiedades, afectam assim o relacionamento.

Perante a confusão criada, associada às poucas experiências de prazer que recebe, o bebé pode vir a retirar-se numa procura de satisfação em si próprio, numa auto-satisfação ou então refugiar-se num mundo de objectos inanimados. Por outro lado, certas mães, afim de compensarem a fragilidade do bebé, continuam a dar respostas simbióticas de satisfação das necessidades sem introduzirem uma outra realidade externa que não elas próprias, o que provoca perturbação ao nível da comunicação mãe-filho.

Daí a importância desta primeira relação, aceitando-se que esteja na base do desenvolvimento da personalidade do indivíduo e, que, de um ponto de vista dinâmico, a

(\*) Psicóloga do Departamento de Psicologia Clínica da Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

psicopatologia assenta na própria patologia relacional.

## 2. A NATUREZA E DINÂMICA DAS PRIMEIRAS RELAÇÕES

Para melhor se compreender o aparecimento das várias perturbações que podem ocorrer durante os dois primeiros anos de vida, será importante entendermos o modo como evolui e se estrutura aquilo a que se denomina de relacionamento objectal.

Ao nascer, o ser humano é extremamente dependente, ao contrário dos outros animais. O ego do bebé é assim muito rudimentar, sendo a relação que se estabelece entre mãe e bebé que vai complementar o ego indiferenciado da criança. A mãe surge assim, na opinião de Margaret Mahler, como «um farol orientador».

O bebé inicialmente não consegue discriminar os objectos no seu meio ambiente, nem distinguir a mãe de si próprio. A criança mostra, assim, poucos sinais de perceber qualquer coisa, parecendo viver num mundo de estímulos internos, embora se possa já falar (na opinião de Alice & M. Balint) de uma primitiva relação objectal, ao contrário de como a define M. Mahler de *Fase Autista*.

A partir dos três meses ela vai parecendo vagamente consciente de que a satisfação das suas necessidades começa a vir do mundo exterior, mas ainda se comporta como se ela e a sua mãe formassem um *sistema onnipotente, unidos numa única membrana simbiótica*.

É aquilo a que M. Mahler denomina de *Fase Simbiótica Normal*, caracterizada por uma complexa interacção mãe-filho.

Mas, é na *Fase de Separação-Individuação*, que se inicia a partir dos dezoito meses, que a criança se torna gradualmente consciente do seu corpo e da identidade do seu self. M. Mahler, descreve esta fase como que um rompimento da membrana simbiótica. É o desenvolvimento maturativo da locomoção que vai expôr a criança a importantes experiências de separação e reunião com a mãe. Vai possibilitar, assim, a separação física entre ambas, embora emocionalmente ainda não esteja preparada para esse afastamento. Daí que

um dos medos característicos deste período consista na ansiedade de separação. No entanto, a capacidade que a criança tem de explorar e controlar cada vez mais o seu meio ambiente, cria-lhe uma imensa satisfação narcisista, desde que se sinta encorajada por parte da mãe.

É assim, na dinâmica desta primeira relação, que a qualidade e a coerência do investimento que a mãe faz do filho, desempenha um papel fundamental na construção das relações objectais. Deste modo, podemos constatar que é a atitude emocional da mãe e os seus afectos, que servem para orientar os da criança e darem vida às suas experiências, bem como apoiar e encorajar o filho a uma gradual autonomia do ego.

## 3. PERTURBAÇÕES PRECOSES DE CONTACTO

Se excluirmos os síndromes físicos, orgânicos e infecciosos, observa-se que grande parte das perturbações da criança pequena são reactivas ao ambiente humano. Quanto mais pequena é a criança, maior tendência tem para reagir através de *respostas vegetativas globais* (J. Dias Cordeiro), como a perda de apetite e de sono, às tensões e dificuldades da sua relação com o meio, nomeadamente a mãe.

Para uma melhor compreensão das várias perturbações que podem ocorrer na primeira infância, resolvemos dividi-las em quatro grandes grupos:

1. Perturbações da Função Alimentar;
2. Perturbações do Sono;
3. Perturbações da Psicomotricidade;
4. Síndromes Precoces de Tipo ou Aparência Psicótica.

### 1. Perturbações da Função Alimentar

A alimentação constitui uma função basilar para todo o desenvolvimento psicológico da criança. Para além de ser uma necessidade biológica, é também uma fonte de satisfação para a criança bem como um seu modo de contacto com o mundo exterior. Ela vai implicar mãe e filho numa relação muito profunda, que vai ser certamente condicionante do desenvolvimento somático e psicológico da criança.

Compreende-se, assim, que a criança reaja intensivamente através de perturbações de apetite às dificuldades e conflitos psicológicos com a mãe.

Destaca-se a *Anorexia Mental* do bebé como uma das perturbações da função alimentar. A anorexia da criança reveste-se de aspectos muito diversos, nomeadamente de acordo com a idade e a gravidade, podendo tomar, de início, o aspecto de uma passividade por vezes exasperante e neurotizante para a mãe, ou de uma recusa activa.

Segundo Kreisler distinguem-se:

a) **As formas comuns** — podem ser classificadas como um dos primeiros distúrbios de tipo reactivo. Nestes distúrbios verifica-se que a saúde da criança não é alterada e que continua progredindo em peso.

Geralmente inicia-se no segundo semestre e é usualmente chamada de *Anorexia do Desmame*. Por exemplo, a sua causa pode ser o desmame, a introdução da alimentação diversificada, ou até mesmo um acidente patológico.

Esta forma habitual e comum apresenta-se, essencialmente, como uma *conduta de recusa*, e tudo se passa como se fosse estabelecido um sistema de reacções recíprocas entre a mãe e a criança, fixada numa atitude de forçar a criança a comer e, a oposição desta, criando-se assim uma reacção circular. Evolui depois por condicionamento à forma de reagir dos pais e, muitas vezes, cria-se um círculo vicioso em que se acentua a angústia destes e a anorexia se mantém ou se agrava. Está assim muito relacionada com a conduta da mãe/pais, em que muitas vezes é sobretudo o excessivo interesse, inquietação e ansiedade o factor causal. Não podemos, no entanto, falar ainda de perturbações da fome.

b) **As Formas Complexas** — são assinaladas pela intensidade do sintoma e sua resistência aos métodos habituais de tratamento (contar histórias, pôr à janela, etc.), comportando-se a criança como se o alimento não lhe interessasse. Estas formas mais severas (se exceptuarmos as causas orgânicas) correspondem quase sempre a situações de conflito na relação com a

mãe, que se apresentam como patológicas.

Segundo A. Hennequet, pode-se ainda falar de algumas formas de anorexia, que se iniciam no primeiro trimestre de vida e que revestem a forma de uma *Anorexia de Inércia*. A atitude da criança é de uma certa passividade, estendendo os lábios sem animação e deglutindo lentamente. Por vezes aceita o leite, mas este volta a sair passivamente pela boca. A actividade da criança é quase nula, faltam os gritos e a agitação.

De destacar também as anorexias graves incluídas no quadro de uma *Depressão Anaclítica*, tendo como causas a carência de afectividade e o hospitalismo.

## 2. *Perturbações do Sono*

De todas as funções, o sono é, sem dúvida, a mais frágil, e as perturbações de ordem relacional e conflitiva que ele reflecte são muito diversas, variando das formas mais comuns às mais complexas.

Seja qual for a causa da insónia, esta acarreta consequências importantes para a família: a agitação, os gritos nocturnos, ocasionam por vezes reacções violentas e descompensações.

O cansaço e a exaustão dos pais podem por si só agravar a insónia da criança e gerar, assim, um conflito.

Segundo Spitz, a maioria das insónias do bebé estabelece-se numa fase em que o prazer e o desprazer ainda estão como que presos às necessidades fisiológicas, mas que começam a dirigir-se à figura humana, como se nota pelos sorrisos dirigidos à mãe, e pela calma de tensão face à vista do adulto.

Trata-se, pois, de um período sensível em que o bebé grita com prazer, é excitável e nervoso, podendo suscitar na mãe reacções de impaciência e insatisfação.

Para além de causas, tais como supressão da refeição da noite, agitação e incoerência dos cuidados maternos, inadequação ao ritmo do bebé, etc., o que acontece com frequência é que a insónia do bebé é, sobretudo, reveladora de um conflito, devido à personalidade da mãe que não cumpre o seu papel protector quando na sua qualidade de para-excitação e sustentação da função do sono.

Daí pode resultar uma insónia cuja gravidade pode ser muito diversa: desde o ter um sono de má qualidade que se pode prolongar por algum tempo, até uma insónia grave, que, segundo Kreisler, se distinguem pela duração, intensidade, gritos, agitação e grande necessidade de acompanhamento, ou ainda, pelo contrário, pela apatia.

### 3. *As Perturbações da Psicomotricidade*

Na instabilidade domina um desequilíbrio da afectividade, verificando-se uma mudança rápida nas emoções e grande expressividade das mesmas, aliadas a uma actividade excessiva.

Apesar do seu aspecto de vivacidade, de mimica excessiva, a execução dos actos volitivos da criança instável é desajeitada como também lenta e demorada, pois ela não consegue fazer um esforço de inibição que lhe permita o seu controlo.

Se exceptuarmos os síndromas psicomotores de origem orgânica, podemos dizer que as instabilidades são consequência de situações psicológicas desfavoráveis, tais como, erros educativos, dissociação familiar e a própria incapacidade dos pais de estabelecerem limites que permitam à criança uma melhor organização emocional.

Muitas vezes aquilo que se verifica é que a instabilidade acompanha ou é secundária a outra perturbação de comportamento.

### 4. *Síndromas precoces de tipo ou aparência psicótica*

Podem-se considerar dois grupos, clínica e psiquicamente distintos de psicose precoce, que são fundamentalmente duas graves perturbações de identidade:

- A Psicose Autista Infantil;
- A Psicose Infantil Simbiótica.

#### a) A Psicose Autista Infantil

O tipo de psicose autista foi descrito, pela primeira vez, por Leo Kanner, que lhe deu o nome de Autismo Infantil Precoce.

Uma das suas principais características, é que a criança não apresenta sinais de distinguir afectivamente os outros seres humanos. A mãe parece nunca ter sido percebida emocionalmente

pelo bebé como figura representativa do mundo externo, permanecendo como objecto parcial, que não é diferenciado dos objectos inanimados.

Existe assim uma inerente falta de contacto com o ambiente humano e uma incapacidade de distinguir entre objectos vivos e inanimados. A criança está desinteressada, existindo um corte na relação com o outro. Ela retrai-se/recusa a relação.

Nas descrições do comportamento destas crianças, regista-se:

- falta de gestos de antecipação aos cuidados maternos;
- em relação aos seres humanos não se verifica um olhar interessado;
- nenhuma resposta sorridente, nenhum gesto de apanhar alguma coisa, bem como pouca variação na expressão facial;
- certos comportamentos ritualizados;
- dificuldade na compreensão dos sons ouvidos;
- actividades de auto-agressão (que servem para agudizar os limites do seu próprio self).

Ao contrário da criança simbiótica, o corpo da criança autista parece um objecto sem vida, muito rígido quando ao colo de alguém.

As crianças autistas parecem encarar o mundo externo como fonte intolerável de irritação, reagindo a qualquer intromissão por parte de outrém, mas, no entanto, a sua agressividade não parece dirigir-se à pessoa como um todo. Por exemplo: ela empurra a mão que está no seu caminho como o faria com qualquer objecto inanimado.

Em oposição às reacções de pânico das crianças simbióticas, estas denotam uma satisfação aparentemente auto-suficiente quando são deixadas sózinhas. Esta pseudo auto-suficiência parece desenvolver-se devido à sua incapacidade de enfrentar os estímulos externos, já que não desenvolveu os vínculos emocionais com a mãe — é assim uma *atitude de defesa básica*.

A perturbação central no autismo primário, encontra-se na incapacidade do bebé em perceber a mãe como figura externa e protectora, ou seja, a *gestalt* da mãe e a *gestalt* da função vital dela.

Não há pois uma percepção consciente do mundo interno versus mundo externo, nem a consciência por parte da criança do seu próprio self, como parte distinta de um mundo inanimado.

No entanto, podemos considerar que antes de dois anos o autismo não está perfeitamente organizado, e só terá grandes possibilidades terapêuticas quando for diagnosticado antes de existir.

#### b) A Psicose Simbiótica

Neste grupo de psicoses infantis, a representação mental da mãe permanece ou funde-se com o self.

Durante o primeiro ano de vida estas crianças não exibem um comportamento que seja visivelmente perturbado. São considerados pela mãe como bebés chorões ou hiper-sensíveis.

Os sintomas clínicos deste tipo de psicose manifestam-se, geralmente, na fase de separação-individuação, em que a criança passa de um estado simbioticamente dependente da mãe para o de uma separação individual. A consciência de passarem a funcionar em separado, faz surgir nestas crianças vulneráveis uma intensa ansiedade.

Surgem, assim, certas explosões de temperamento, um comportamento de pânico, cuja finalidade é a restauração e continuação da fase simbiótica, ou seja, da fase de onnipotência da fusão mãe-bebé.

O mundo é considerado como hostil e ameaçador porque vai ser encarado como entidade separada. A realidade está bastante distorcida e a criança vai exibir tentativas alucinatórias de restituição.

As suas manifestações de amor e agressão parecem bastante confusas: o bebé anseia por contacto corporal e parece querer fundir-se com a mãe; no entanto, muitas vezes evita e repele esses mesmos contactos, perante as manifestações de afecto e amor demonstradas pelos pais, expressando, assim, o seu anseio de unir-se, de ser «incorporado».

O ego da criança simbiótica, como é incapaz de funcionar separadamente do parceiro, vai fantasiar a unidade com a mãe onnipotente, obrigando-a a funcionar como extensão do self. Os limites do self e do não-self não são

distintos, e até mesmo a representação do self corporal não está delimitada.

Existe, assim, um estado de dependência mútua, perturbando toda a evolução, e isto porque a criança não tem outros modelos de identificação e outros modelos de experiência relacional.

Vários factores podem originar casos de psicose infantil precoce:

- Frustrações e traumas no ambiente simbiótico;
- Patologia da mãe;
- Falta de contacto com o meio ambiente;
- Interrupção do esquema de maturação e desenvolvimento do ego do bebé ainda no período fetal.

Mas de um ponto de vista dinâmico, o núcleo da psicose deve ser procurado nas distorções de uma simbiose normal, na primitiva relação mãe-bebé.

#### BIBLIOGRAFIA

- Cordeiro, J.D. (1987). *A Saúde Mental e a Vida*. Lisboa: Edições Salamandra.
- Dolto, F. (1982). *Psicanálise e Pediatria*. Lisboa: Publicações D. Quixote.
- Freud, A. (1977). *A Infância Normal e Patológica*. Rio de Janeiro: Zahar Ed.
- Greenacre, P. (1961). Quelques Considerations sur la Relation Parent-Nourisson. *Revue Française de Psychanalyse*, XXV(1).
- Kreisler, L., Fain, M. & Soulé, M. (1981). *A Criança e o seu Corpo — Psicossomática da Primeira Infância*. Rio de Janeiro: Zahar Ed.
- Mahler, M. (1977). *O Nascimento Psicológico da Criança — Simbiose e Separação*. Rio de Janeiro: Zahar, Ed.
- Winnicott, D.W. (1983). *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas Ed.

#### RESUMO

A autora deste artigo debruça-se sobre a natureza e dinâmica das primeiras relações e o modo como evolui e se estrutura aquilo a que se denomina de «relação objectal».

A autora destaca, ainda, a importância dessa relação objectal nos dois primeiros anos de vida da criança, descrevendo as várias perturbações que

podem ocorrer e que são reactivas ao ambiente humano, assentando na própria patologia relacional.

#### ABSTRACT

The author in this paper looks towards the nature and dynamics of the first relationships, and how that

evolved and was built into what we called «object-relation».

The author noted, too, the importance of the first two years of the child's life. He describes also the various disorders which may occur. This being reactive to the human surroundings are based on pathological relationship it self.