

# As Relações Pais/Criança: Uma Perspectiva Clínica

MARIA JOSÉ GONÇALVES (\*)

As relações pais/criança começaram a ser encaradas de uma forma sistematizada desde que Freud, no início do século, chamou a atenção para a importância da sexualidade infantil e do recalçamento, no aparecimento da neurose do adulto, e das primeiras relações objectais, na organização do aparelho psíquico em geral. Inicialmente, encarada com cepticismo, esta teoria foi progressivamente conquistando maior aceitação tendo estado na base dos modelos psicodinâmicos da etiopatogenia da doença mental.

A polémica entre as teorias psicogenéticas e as teorias orgânicas agudizou-se na década de 40 com a descrição por L. Kanner das mães «frigoríficas» das crianças autistas. Esta teoria foi fortemente contestada por autores como L. Bender, Rimland, Goldfarb e Rutter.

Simultaneamente R. Spitz, na continuação dos trabalhos de Freud, pode comprovar o aparecimento do quadro de depressão anaclítica em crianças separadas das mães no 1.º ano de vida. Este mesmo autor relacionou um certo número de síndromas clínicos na criança, a que chamou «perturbações psico-tóxicas», com atitudes desadequadas das mães e que ele descreveu.

A monografia de Bowlby sobre a carência afectiva na criança publicada em 1953 pela

OMS, apesar da controvérsia que suscitou, constituiu o ponto de partida dos numerosos trabalhos que desde então se realizaram sobre os comportamentos de vinculação na espécie humana e na espécie animal. A interacção mãe/criança tornou-se então um vasto campo de interesse por parte de vários especialistas.

Mais recentemente, Stern verificou que as condutas maternas de indiferença aos sinais da criança são mais desorganizadoras do comportamento desta do que as atitudes agressivas.

Nós próprios verificámos que os sintomas funcionais do lactente com carácter duradouro (perturbações alimentares e/ou sono) são muitas vezes acompanhados de comportamentos contraditórios, com características de comunicação «double-blind» em que um determinado comportamento interactivo tem significados opostos, ou em que a acção gestual não acompanha o sentido da comunicação verbal.

Esta ausência de sincronia entre a sequência comportamental e verbal foi igualmente por nós encontrada, de forma consistente, em crianças com atraso no desenvolvimento da linguagem.

Winnicott, psicanalista inglês, foi um dos autores que melhor definiu as relações pai-mãe-criança, atribuindo ao pai um papel fundamental no apoio e suporte à relação maternal, antes da relação pai-criança se autonomizar da relação pai-(mãe/criança) e definiu um estado especial na mãe orientado para as necessidades de dependência do lactente.

Todos estes desenvolvimentos e aprofunda-

(\*) Psicanalista. Pedo-psiquiatra. Chefe do Serviço Hospitalar do Centro de Saúde Mental Infantil e Juvenil de Lisboa.

mentos levaram a que o estudo das relações familiares adquirisse um lugar de primeiro plano e constituísse uma área de investigação comum a psicólogos, sociólogos, educadores, pediatras, pedo-psiquiatras, em que vários modelos conceptuais se encontram e por vezes confundem.

Ao abordar as relações pais/crianças, preferi escolher um ponto de vista clínico, partindo da minha experiência pessoal de pedo-psiquiatra e psicanalista.

Apesar da procriação se inscrever no destino biológico da espécie, o projecto e o desejo de ter um filho ultrapassam as necessidades instintivas ligadas à sobrevivência e iniciam-se durante a infância, na relação do indivíduo com os próprios pais.

Os modelos relacionais infantis interiorizados são mais tarde repetidos, não só de forma inconsciente, mas também pela transmissão dos valores culturais, morais e educativos que receberam, sejam eles do mesmo sinal ou de sinal contrário. Nos pais em que existe uma contestação consciente dos seus progenitores, ainda mais que noutras situações, a relação com os filhos está impregnada pelas remanescências da experiência relacional infantil e do conflito da adolescência.

Do ponto de vista da evolução pulsional é também na infância que se origina o desejo e o projecto de ter um filho.

Desde muito cedo se observa nas crianças o interesse e a curiosidade pelo nascimento dos bebés. Um dos jogos mais frequentes da infância é, como sabemos, «aos pais e às mães», jogo com papéis bem definidos e decalcados no comportamento social de cada um dos pais. Estes jogos servem de suporte às fantasias da criança sobre a vida secreta e privada dos pais e permitem que os mecanismos de identificação masculina e feminina se desenvolvam.

Neste jogo de fantasia/realidade a criança vai elaborando a sua própria sexualidade infantil, na qual está incluído o desejo de ter um bebé, como a mãe, no caso da rapariga, ou de ser pai, no caso do rapaz. Um jovem adulto dizia-me a propósito do nascimento de uma irmã mais nova que tinha gravado na sua memória uma cena, em que ele assistindo aos cuidados que a mãe dava ao bebé se convencera de que era o pai. É claro que o impacto da realidade e a culpabilidade sentida em relação ao próprio

pai, levou esta criança, como leva todas as crianças, a renunciar a este desejo, em favor de outros mais adequados à sua maturidade biológica e psíquica, nomeadamente o desejo de aprender.

Ao renunciar ao desejo edipiano de ter um bebé do progenitor do sexo oposto a criança na fase pré-escolar não faz senão adiar a sua realização. Este desejo do Id é substituído pela curiosidade, pela aprendizagem escolar e pelo interesse por companheiros da mesma idade, desejos do Eu mais conformes à realidade e compatíveis com a maturidade psico-sexual e cognitiva da criança.

Ela encontra assim uma saída para os sentimentos depressivos resultantes da constatação da sua impotência e culpabilidade face ao adulto, e que constituem uma verdadeira brecha na sua organização narcísica, mas mantendo recalcado no inconsciente, pela força repressora do SuperEgo, o desejo edipiano, durante a fase da latência e na puberdade.

Na adolescência e devido à intensidade do movimento pubertário e pulsional, este desejo, de novo ameaçador para as relações interpessoais do adolescente, é frequentemente negado.

Durante a adolescência a reorganização das pulsões sexuais e a consolidação da identidade pessoal são as tarefas mais importantes do desenvolvimento. Só depois a escolha heterossexual e a organização de um projecto de vida se tornam possíveis, reaparecendo então o desejo de ter um filho, agora em circunstâncias mais realistas.

Durante a adolescência, muitas das falhas do processo evolutivo se traduzem numa gravidade casual ou voluntária, não integrada na evolução psico-sexual do jovem e sem que a função parental seja verdadeiramente assumida. Quase sempre corresponde à tentativa de realização do desejo de reencontrar um objecto primário do amor perdido, que preencha um vazio depressivo ou complete a falta do sentimento de plenitude narcísica.

Após o nascimento, rapidamente se verifica que o bebé não satisfaz os desejos fantasmáticos dos adolescentes, instalando-se a decepção e o desinvestimento do filho recém-nascido e do parceiro sexual.

É o caso de uma jovem adolescente liceal cuja

gravidez aos 15 anos foi vivida por ela como tendo destruído a sua relação com o próprio pai e como um verdadeiro castigo, mantendo três anos depois o seu estatuto de adolescente. Na maternidade dizia ela: «Todos vinham ver e espreitar a mãe adolescente que eu era». Apesar de ter vivido algum tempo depois com o pai do filho, em casa dos próprios pais, sempre o considerou um estranho na vida dela e muito rapidamente após o nascimento da criança retomou a sua vida de «adolescente contrariada e zangada». Funciona como irmã do próprio filho, e delegou totalmente na mãe a responsabilidade parental.

Na idade adulta, o projecto de ter um filho contém vários desejos da linha pré-consciente, sucedâneos do desejo edipiano e da relação paternal:

- 1 — o desejo amoroso heterosexual
- 2 — o desejo de criar uma relação nova com um ser afectivamente apelativo e dependente
- 3 — o desejo de pôr à prova a sua capacidade e maturidade psico-sexual
- 4 — o desejo de assegurar a continuidade pessoal e da família, obedecendo à lei paterna e encontrando uma solução para o conflito inter-geracional.

A identificação ao pai do mesmo sexo na função sexual e à função parental de protecção, amor e preocupação são os corolários necessários à realização desse projecto.

Durante a gravidez a relação com o bebé vai sendo construída através de fantasias ricas e partilhadas com o cônjuge, embora em geral as próprias transformações corporais e biológicas maternas e os movimentos fetais tornem esta vida imaginária mais rica e actuante na mãe.

Também as tecnologias actuais de visualização ecográfica e de estimulação auditiva tendem a favorecer a relação dos pais com o bebé imaginário, reforçando a construção da relação nascente pais/bebé.

Que a relação pais/criança é constituída por aspectos libidinais positivos e negativos e impregnada não só pelo bebé do futuro, mas também pelos pais do passado, fica bem patente na expressão dos receios parentais e sobretudo da mãe, em relação à criança, a si própria,

ligados à culpabilidade, na dependência aumentada e no recurso a figuras de suporte e mesmo nas queixas somáticas ligadas à regressão, durante a gravidez.

Após o nascimento, a adaptação dos pais ao bebé real implica o desinvestimento das fantasias anteriores ligadas ao bebé imaginário, mantendo o bebé fantasmático (o bebé edipiano) a sua influência na vida mental dos pais, orientando o investimento do bebé real e das suas manifestações.

Aparecem então os desejos infantis dos pais projectados no futuro do bebé ou o jogo de parencas fisionómicas e de temperamento, como se fossem de fadas madrinhas («vai ser futebolista!», «É linda como uma boneca!», «Tão parecido com o avô», etc).

À medida que a criança vai crescendo, os pais vão modificando as suas atitudes e expectativas em função das várias etapas do desenvolvimento infantil e das tarefas que são chamadas a desempenhar.

Assim, à primeira fase de administração de cuidados físicos, de protecção, conforto e manutenção do equilíbrio homeostático da criança segue-se a fase de estimulação do interesse para fora da órbita simbiótica, o apoio à fase de prática e de autonomia, o interesse pelas competências cada vez mais complexas da criança. Ao prazer de proteger, segue-se o prazer de ver a criança funcionar e mais tarde o apoio à autonomização da criança.

Por outro lado e também numa perspectiva evolutiva, as vicissitudes do desenvolvimento infantil vão ter uma influência importante na vida mental dos pais e determinar parte das suas atitudes para com a criança.

No momento de nascimento, como vimos, a realidade do bebé age sobre a vida fantasmática dos pais obrigando-os a uma reorganização dos seus investimentos e das suas fantasias.

Também durante o período edipiano em que as manifestações sintomáticas da criança são frequentes, os pais apresentam atitudes contra-edipianas evidentes. A mãe pode sentir a filha como rival junto do marido e desenvolver uma relação de hostilidade latente e de evitamento em relação à filha, potenciando a própria ambivalência infantil. É uma situação bastante frequente, que está na origem de muitas das queixas das mães nesta fase do desenvolvimento.

Levada a um extremo pode originar movimentos progressivos na criança com uma conotação marcadamente oral ou anal compulsiva. Também o pai pode sentir-se complacente com uma menina sedutora, mas por outro lado, incapaz de castigar um rapazinho turbulento e provocador, numa clara proibição da confrontação edipiana.

Mais tarde, na adolescência, os conflitos agudizam-se não só pela necessidade dos adolescentes porem os pais à prova, mas também pela re-actualização dos conflitos da adolescência dos próprios pais, tornando-os ainda mais vulneráveis no confronto com os filhos. É o caso de um homem que se sentia profundamente ameaçado pelos comportamentos arrogantes dos filhos, preferindo afastar-se, a mostrar toda a sua violência perante a situação.

A influência etiopatogénica da relação pais/criança sobre a psicologia infantil tem de ser analisada cuidadosamente e devem ser distinguidas as condições da vida familiar, quer duradouras, quer acidentais (lutos, doenças, separações, etc.) das atitudes profundas dos pais, ou seja, a qualidade do investimento, a relação objectal e a organização narcísica.

Por outro lado, se nos primeiros anos de vida esta influência parece ser relevante, sobretudo quando vários factores se potenciam negativamente, não podemos deixar de ter em linha de conta as características individuais da criança, a sua reactividade e vulnerabilidade próprias e inatas. Por outro lado na criança mais velha é em parte a organização do seu aparelho psíquico que mediatiza as agressões e solicitações do meio.

O problema da relação parental coloca-se ao clínico geralmente quando surge um conflito, gerador de ansiedade depressiva, (de culpa ou persecutória) nos pais face a um sintoma ou a um comportamento inquietante dos filhos. Até esse momento e mesmo face a sinais evidentes de mau-estar psíquico ou de desadaptação na criança, os pais usam a sua intuição e empatia ou mesmo a punição na tentativa de solucionar o problema recorrendo aos meios ao seu dispôr e que julgam adequados (mudança de atitude, de amas, de escola). Só quando esgotam a sua capacidade de adaptação e verificam a sua impotência pedem ajuda a um técnico

de saúde mental, numa atitude que oscila entre a submissão e a rivalidade que eu tantarei analisar mais adiante.

A aceitação desta atitude inicial dos pais é da maior importância, na medida em que comporta sempre uma reacção transferencial que deve ser compreendida.

Face ao saber mágico atribuído ao consultor de «adivinhar e curar» um mal inexplicável e incompreensível, porque se trata da incapacidade do eu fazer frente e pensar o inconsciente, a primeira atitude dos pais é defensiva e ambivalente. Ao desejo de contar tudo o que é importante alia-se o desejo de esconder tudo (sob o pretexto de não ser importante) o que possa comprometer a boa imagem de pais que pretendem manter e de que a consulta é ainda um reflexo.

Assim, normalmente a culpa vem projectada no exterior, ou seja, numa situação familiar anormal, um divórcio por exemplo, na escola, numa doença anterior ou na família, ou ainda na própria criança, mais frequentemente se os problemas são de comportamento.

Mesmo quando a criança partilha a qualidade de mau objecto com outros, como o cônjuge, o professor, a ama, é na sua qualidade parental que os pais se sentem mais desvalorizados. Ela fá-los sentir impotentes e incompetentes, defrauda-os nas suas expectativas de serem bons pais, à semelhança dos seus próprios pais, ou pelo contrário impede-os de corrigir e reparar essa mesma relação.

É um ataque simultâneo ao seu próprio narcisismo e à sua capacidade de investimento objectal, o que desencadeia um aumento da agressividade inconsciente na relação com a criança, enfraquecendo os elementos positivos e protectores do investimento parental.

Há então um esforço do SuperEgo como o aumento da culpabilidade inconsciente que tem uma raiz infantil e edipiana e também da culpabilidade consciente que é projectada no exterior. A auto-culpabilização inicial é sempre reactiva e corresponde a uma atitude transferencial defensiva de protecção contra o receio de uma rejeição por parte do clínico.

O balanço entre estes dois tipos de culpabilidade determina a atitude dos pais nas primeiras consultas. A atitude depressiva, de submissão, com sentimentos de incapacidade

corresponde a uma relação mais regressiva em que a culpabilidade infantil é mais operante, enquanto as atitudes mais agressivas de auto-suficiência e competição apontam para defesas projectivas mais intensas.

No primeiro caso a identificação com a criança e com o seu sofrimento são, não só, mais evidentes, mas também mobilizáveis, enquanto no segundo, as resistências contra a regressão e contra o «insight» dificultam os movimentos identificatórios dos pais à criança e consequentemente a sua mobilização.

É neste conflito pais/criança que o clínico é introduzido pela força das circunstâncias tornando-se parte integrante, como suporte das projecções dos pais e também da criança. Quer seja tomado como um aliado, quer como um rival, a sua posição tem de ser a da neutralidade compreensiva.

Vários perigos ameaçam esta neutralidade e que têm raiz, não só nas contra-attitudes que os pais ou a criança desencadeiam em nós, mas também no nosso inconsciente e nas imagens parentais que projectamos nos pais consultantes.

Assim a identificação automática, quer à criança «vitimizada», quer aos pais pode bloquear a compreensão global do problema e a sua solução. Também a aceitação implícita do papel de «super educadores» que nós é atribuída, ou, uma descupabilização apressada dos pais são atitude sem que facilmente podemos cair, mas que só perpetuam os mecanismos defensivos dos pais.

Como manter desde o início a neutralidade e a escuta empática que se quer terapêutica? É necessário: em primeiro lugar aceitar as atitudes defensivas dos pais, não as atacando com interpretações selvagens, que abalam o seu narcisismo e que põem em causa a sua confiança no técnico; em segundo lugar reconhecer o potencial afectivo positivo que existe nos pais, e que o desejo de tratar os filhos é já um bom indicativo. Por outro lado aceitar e conter os sentimentos negativos, sem lhes devolver uma má auto-imagem, o que levaria a um reforço da culpabilidade.

Finalmente avaliar a ansiedade mais operante no conflito pais/criança e na relação com o técnico: a ansiedade de culpa, a ferida narcísica, a decepção objectal, etc.

Em geral, a constatação de que existem

aspectos bons na relação com os filhos que devem ser mantidos e que nós tentaremos proteger, ocupando-nos dos aspectos maus que ultrapassam a capacidade dos pais, é da maior importância. Esta delimitação dos campos de competência traz imediatamente uma tranquilização dos pais e uma pacificação da relação pais/criança. Há uma diminuição dos mecanismos defensivos na relação com o técnico, seja ela a submissão ou a rivalidade e uma maior aceitação e perspectivação das dificuldades das crianças.

Podemos então começar o trabalho terapêutico qualquer que seja a indicação: aconselhamento, vigilância ou psicoterapia.

### CASO CLÍNICO

Trata-se de um casal jovem que consultou por o seu filho de 3 anos apresentar um atraso do desenvolvimento da linguagem e da socialização. A situação clínica da criança tem uma certa gravidade, mas ambos os pais e sobretudo o pai, tentam minimizar a importância dos sintomas.

Durante a 1.<sup>a</sup> entrevista sente-se uma certa tensão entre o casal que não é expressa, um distanciamento afectivo da mãe em relação ao filho que parece mais envolvido com o pai, por sua vez mais próximo e caloroso.

Nesta primeira fase a mãe culpabiliza-se de forma muito superficial, considerando que tem pouco jeito para lidar com crianças e que é de feito bastante reservado.

Uma tia avó, solteira, que co-habita com o casal foi-nos apresentada como sendo de temperamento extrovertido e alegre e tendo grande disponibilidade para a criança, ao contrário dos pais, ausentes durante todo o dia.

Um elemento importante na história da criança são as numerosas mudanças e alternância nos dadores de cuidados que, os pais contudo não valorizam.

Desde logo sentimos que a parte mais importante das inquietações não tinham sido verbalizadas e que o aparente equilíbrio familiar parecia muito frágil.

Perante a atitude demissionária da mãe e o seu comportamento distante, ainda que ansioso, associado aos sentimentos de insuficiência

verbalizados por ela, tivemos uma atitude de cautela ao abordarmos a implicação que ela poderia ter na situação, preferindo aceitar as inúmeras limitações de tempo que ela tinha para se ocupar do filho.

Remetemos então para a família a escolha da pessoa que poderia acompanhar a criança ao tratamento, julgado indispensável, com uma única ressalva de que seria importante que fosse sempre a mesma pessoa e que mesmo na sua vida em casa não deveria estar sujeito a tantas alterações imprevisíveis para ele, ainda que bem fundadas para os pais.

De imediato a tia avó propôs-se acompanhar a criança, como sendo a pessoa mais disponível e mesmo mais «abnegada», com o acordo expresso do pai e implícito da mãe.

A disponibilidade e interesse daquela revelaram-se fictícios, pois só veio uma vez acompanhar a criança e organizou rapidamente uma viagem de longa duração, mostrando que a sua atitude inicial tinha um cariz claramente competitivo com os pais. Começou então a vir o pai, mas sem grande convicção (ao contrário da atitude inicial) e aparentemente incomodado com o «mau» comportamento do filho que lhe era incompreensível e que consistia em não se separar dele durante as sessões fazendo birras enormes. Ao relacionarmos a depressão e insegurança da criança com o desaparecimento inexplicável das pessoas que se ocupavam dele, o pai pareceu perplexo, mas quando lhe foi perguntado se teria tido alguma situação semelhante na infância respondeu de imediato que sim e «pensava que não gostavam de mim».

O impacto desta intervenção no pai fez que da vez seguinte fosse a mãe que acompanhasse o filho, desejosa de saber o que de tão importante nós tínhamos dito ao marido.

Foi nessa altura que a mãe nos pareceu suficientemente receptiva para abordarmos as necessidades afectivas da criança em relação a ela.

A partir de então a mãe passou a acompanhar regularmente o filho às sessões, aparecendo então claramente uma relação com o filho próxima e envolvente, a que a criança correspondeu preferindo-a a qualquer outra pessoa.

Ela abordou então os seus sentimentos depressivos mostrando o seu ressentimento por se sentir afastada do filho pela hiper-presença

da tia em casa. Tinha preferido abdicar do filho, apesar do grande sofrimento em que estava, para não provocar tensões familiares. Sentia-se mais vítima que responsável pela situação. A nossa atitude de aceitação e empatia trouxe-lhe um grande alívio e a possibilidade de retomar a relação com a criança e de re-organizar a vida familiar. Passou a ocupar-se sozinha do filho e a tomar as decisões necessárias, dispensando a ajuda da tia. A tensão inicial entre o casal desapareceu e o pai passou a acompanhar a mulher às consultas.

A relativa harmonia familiar com uma melhoria das relações pais/criança e maior definição dos pais tornou a família um meio «facilitador» do desenvolvimento da criança, no sentido de Winnicott.

## BIBLIOGRAFIA

- Bowlby, J. (1953). *Child Care and the Growth of Love*. Genève: OMS.
- Coleman, M. & Gilberg, C. (1986). Controverses relatives à l'étiologie du syndrome de l'autisme. In *Biologie des syndromes d'autisme*. Canada: Edisem.
- Cramer, B. & Stern, D. (1988). The evaluation of changes in mother-infant brief psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 1(9): 20-45.
- Gonçalves, M.J. (1990). Interação Precoce. *Cadernos do Internato*, 1: 4-7.
- Gonçalves, M.J. (1990). Développement de la communication verbale. *Devenir*, 1: 34-45.
- Spitz, R. (1968). *De la naissance à la parole*. Paris: PUF.
- Winnicott, D. (1987). *The maturational processes and the facilitating environment*. London: Hogart Press.

## RESUMO

O estudo das relações parentais no desencadear da patologia mental infantil é apresentado dum ponto de vista histórico e evolutivo. A autora descreve a capacidade parental numa perspectiva interactiva e de acordo com as diferentes fases evolutivas desde a sua génese na infância, até à idade adulta. Aborda em seguida a clínica da relação pais/criança com uma referência mais específica às atitudes parentais e às contra-actitudes mais frequentes, bem como às dificuldades técnicas encontradas no tratamento dos dife-

rentes casos, sendo apresentado a título de exemplo um caso clínico.

#### RESUME

L'étude des relations parentales est présentée d'un point de vue historique et évolutif. L'auteur décrit la

capacité parentale dans la perspective interactive et selon les différentes étapes du développement depuis sa genèse dans l'enfance jusqu'à l'âge adulte. Elle aborde la clinique des relations parents/enfant en se référant plus spécifiquement aux attitudes parentales et contre-attitudes plus fréquentes aussi bien qu'aux difficultés techniques du traitement des cas. Une illustration clinique est présentée à titre d'exemple.