

3

A TEORIA DO RELACIONAMENTO PAIS-BEBÊ

[1960]

Talvez uma comparação entre o estudo da infância inicial e o estudo da transferência psicanalítica seja a melhor forma de apresentar o tema principal deste trabalho.¹ Insisto em ressaltar que minha exposição se refere aos primeiros estágios da infância e não primariamente à psicanálise. A razão pela qual isso deve ser compreendido leva à base desse tema. Se este estudo não contribuir construtivamente, então ele só poderá aumentar a confusão sobre a importância relativa das influências pessoais e ambientais no desenvolvimento do indivíduo.

Na psicanálise como a conhecemos não existe trauma que escape da onipotência do indivíduo. Tudo fica por fim sob controle do ego, tornando-se por isso relacionado ao processo secundário. O analista não ajudará o paciente se disser: “sua mãe não é suficientemente boa” [...] “seu pai realmente o seduziu” [...] “sua tia o abandonou”.

1 Este estudo, juntamente com outro da dra. Phyllis Greenacre sobre o mesmo tema, foi objeto de uma discussão no XXII Congresso Internacional Psicanalítico em Edimburgo, em 1961. Foi publicado pela primeira vez no *International Journal of Psycho-Analysis*, v. 41, pp. 585-95. Discuti isso de um ângulo clínico mais detalhado em “Desenvolvimento emocional primitivo” [1945], in *Da pediatria à psicanálise*, op. cit., pp. 281-99.

As mudanças ocorrem na análise quando os fatores traumáticos entram no material psicanalítico do jeito próprio do paciente, conforme a onipotência dele. As interpretações que causam mudanças são aquelas que podem ser feitas em termos de projeção. O mesmo se aplica a fatores benignos, fatores que levaram à satisfação. Tudo é interpretado em termos do amor e da ambivalência do indivíduo. O analista fica preparado para esperar um longo tempo até estar em posição de fazer exatamente esse tipo de trabalho.

Na infância inicial, contudo, o bebê pode ser acometido por coisas boas e más que estão bem fora de sua alçada. Na verdade, é na infância inicial que a capacidade do bebê para trazer fatores externos para dentro de sua área da onipotência está em processo de formação. O apoio egoico do cuidado materno possibilita ao bebê viver e se desenvolver, a despeito de ainda não ser capaz de controlar ou se sentir responsável pelo que ocorre de bom e de mau no ambiente.

Os acontecimentos desses estágios iniciais não podem ser vistos como perdidos pelo que denominamos mecanismos de repressão, de modo que os analistas não podem esperar encontrá-los como resultado de um trabalho que reduz as forças de repressão. É possível que Freud estivesse tentando prever esses fenômenos quando usou o termo "repressão primária", mas isso é discutível. O que é certo é que os temas em discussão aqui precisaram ser aceitos por muito tempo na literatura psicanalítica.²

Voltando à psicanálise: afirmo que o analista está preparado para esperar até que o paciente consiga apresentar os fatores ambientais de forma que eles possam ser interpretados como projeções. Nos casos bem escolhidos, esse resultado vem da capacidade do paciente de confiar, que é redescoberta na confiabilidade do analista e no *setting* profissional. Algumas vezes o analista precisa esperar um

² Relatei alguns aspectos desse problema, encontrado no caso de uma paciente que estava em uma regressão profunda, em "Casework Techniques in the Child Care Services" [1954], in *Child Care and Social Work*, org. Clare Winnicott. London: Codicote Press, 1964.

tempo muito longo; e no caso que é *mal* escolhido para a psicanálise clássica é provável que a confiabilidade do analista seja o fator mais importante (ou mais importante do que as interpretações), porque o paciente não experimentou tal confiabilidade no cuidado materno na infância inicial, e se tiver de utilizar essa confiabilidade, terá que encontrá-la pela primeira vez no comportamento do analista. Talvez essa seja a base para a pesquisa do problema sobre o que o analista pode fazer no tratamento da esquizofrenia e outras psicoses.

Nos casos *borderline* o analista nem sempre espera em vão; com o passar do tempo o paciente se torna capaz de utilizar as interpretações psicanalíticas dos traumas originais como projeções. Pode mesmo acontecer de ele conseguir aceitar o que é bom no ambiente como uma projeção dos elementos simples e estáveis da experiência de “continuar a ser” que se originam de seu próprio potencial herdado.

Eis o paradoxo: o que é bom ou mau no ambiente do bebê não é de fato uma projeção, mas apesar disso é necessário, para o bebê se desenvolver sadiamente, que tudo lhe pareça sê-lo. Aí encontramos a onipotência e o princípio do prazer em operação, como devem estar, certamente, na mais tenra infância; e a essa observação podemos acrescentar que o reconhecimento de um “não eu” verdadeiro é uma questão de intelecto; pertence à extrema sofisticação e à maturidade do indivíduo.

Nos escritos de Freud a maior parte das formulações referentes à infância inicial derivam do estudo de adultos em análise. Há algumas observações de crianças (o material do “carretel” [1920])³, e há a análise do pequeno Hans (1909).⁴ À primeira vista pareceria que grande parte da teoria psicanalítica trata da primeira e primeiríssima infâncias, mas em certo sentido pode-se dizer que Freud

3 Sigmund Freud, “Além do princípio do prazer” [1920], in *Obras completas*, v. 14, trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

4 Id., “Análise da fobia de um garoto de cinco anos (‘o pequeno Hans’)” [1909], in *Obras completas*, v. 8, trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

negligenciou os primeiros estágios da infância como um estado; isso é apresentado em uma nota de rodapé em “Formulações sobre os dois princípios do aparelho psíquico” (1911)⁵ em que ele demonstra que se dá conta de estar se desviando das coisas que estão em discussão nesse estudo. No texto ele traça o desenvolvimento do princípio do prazer ao princípio da realidade, seguindo seu curso habitual de reconstruir a infância inicial a partir dos pacientes adultos; a nota prossegue:

Com razão se objetará que tal organização, que se abandona ao princípio do prazer e negligencia a realidade do mundo externo, não poderia se manter viva por um tempo mínimo, de modo que nem sequer chegaria a nascer. O emprego de uma ficção como essa se justifica, porém, pela observação de que o bebê, se considerarmos igualmente o cuidado materno, quase que realiza um sistema psíquico desse tipo.⁶

Aqui há um tributo total de Freud à função do cuidado materno, e pode-se presumir que ele deixou de lado esse assunto porque não estava preparado para discutir suas implicações. A nota continua:

Ele provavelmente alucina o atendimento de suas necessidades internas, revela seu desprazer com o estímulo crescente e a ausência de satisfação, através da descarga motora dos gritos e do esperneio, e então experimenta a satisfação alucinada. Mais tarde, quando criança, aprende a utilizar essas manifestações de descarga intencionalmente, como meios de expressão. Como o trato dos bebês é o modelo do posterior cuidado das crianças, o domínio

5 Id., “Formulações sobre os dois princípios do aparelho psíquico” [1911], in *Obras completas*, v. 10, trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

6 Ibid., p. 89.

do princípio do prazer só pode realmente acabar quando há o completo desligamento psíquico dos pais.⁷

As palavras “se considerarmos igualmente o cuidado materno” têm grande importância no contexto deste estudo. O bebê e o cuidado materno juntos formam uma unidade.⁸ Certamente, para estudar a teoria do relacionamento pais-bebê é necessário chegar a uma decisão sobre esses assuntos, que se relacionam com o sentido real da palavra *dependência*. Não é suficiente que se reconheça que o ambiente é importante. Se vai haver uma discussão da teoria do relacionamento pais-bebê, então nos dividimos em dois grupos – se houver aqueles que não concordam que nos estágios iniciais o bebê e o cuidado materno pertencem um ao outro e não podem ser separados. Essas duas coisas, o bebê e o cuidado materno, se separam e se dissociam na saúde; e saúde, que significa tantas coisas, em certo sentido significa a separação do cuidado materno de algo que nós então denominamos bebê ou os primórdios de uma criança em crescimento. Essa ideia é abrangida pelas palavras de Freud no fim da nota de rodapé: “o domínio do princípio do prazer só pode realmente acabar quando há o completo desligamento psíquico dos pais”.⁹ (A parte intermediária dessa nota será discutida num parágrafo posterior, onde se sugerirá que as palavras de Freud aqui são inadequadas e desorientadoras em certos aspectos, se tomadas como referência ao estágio mais precoce).

7 Ibid., pp. 89-90.

8 Eu disse uma vez: “não existe isso que chamam de bebê”, significando, é claro, que onde há um bebê há também cuidado materno, e sem cuidado materno não haveria bebê. (Discussão em uma reunião científica da Sociedade Psicanalítica Britânica, por volta de 1940). Será que eu teria sido influenciado, sem sabê-lo, por essa nota de rodapé de Freud?

9 Ibid., p. 90.

A PALAVRA BEBÊ

Neste estudo a palavra *bebê* [*infant*] será usada para se referir à criança muito nova. É preciso dizer isso porque nos escritos de Freud a palavra às vezes descreve até crianças que passaram pelo complexo de Édipo. Na verdade a palavra significa “sem fala” (*infans*), e não é inútil pensar na infância inicial como a fase anterior à apresentação das palavras e ao uso das palavras como símbolos. O corolário é que ela se refere à fase em que o bebê depende do cuidado materno que se baseia mais na empatia materna do que na compreensão do que é ou poderia ser verbalmente expresso.

Esse é essencialmente um período de desenvolvimento do ego, e a integração é o principal aspecto desse desenvolvimento. As forças do id clamam por atenção. De início elas são externas ao bebê. Na saúde o id é reunido a serviço do ego, e o ego domina o id, de modo que as satisfações do id fortalecem o ego. Isso, contudo, é uma conquista do desenvolvimento saudável, e na infância inicial há muitas variantes dependentes da falha relativa dessa conquista. Na falta de saúde na infância inicial, conquistas desse tipo dificilmente são atingidas, ou podem ser alcançadas e perdidas. Na psicose infantil (ou esquizofrenia) o id permanece total ou parcialmente “externo” ao ego, as satisfações do id permanecem físicas e têm o efeito de ameaçar a estrutura do ego, isto é, até que se organizem defesas de qualidade psicótica.¹⁰

Apoio aqui o ponto de vista de que a principal razão no desenvolvimento do bebê que em geral permite que o bebê controle o id, e que o id seja incluído pelo ego, é o fato do cuidado materno, o ego materno implementando o ego do bebê, tornando-o, assim, potente e estável. Como isso ocorre terá de ser examinado, e também como eventualmente o ego do bebê se torna livre do apoio egoico da mãe,

¹⁰ Tentei demonstrar a aplicação desta hipótese na compreensão da psicose em meu artigo “Psicoses e cuidados maternos” [1952], in *Da pediatria à psicanálise*, op. cit., pp. 393-407.

de modo a alcançar uma separação mental da mãe, isto é, uma diferenciação em um self pessoal separado.

Para reexaminar o relacionamento pais-bebê é necessário primeiro tentar uma breve exposição da teoria do desenvolvimento emocional do bebê.

HISTÓRICO

A hipótese incipiente da teoria psicanalítica dizia respeito ao id e aos mecanismos de defesa do ego. Julgava-se que o id entrava em cena muito cedo, e a descoberta e a descrição freudiana da sexualidade pré-genital, baseada na observação dos elementos regressivos encontrados nas fantasias genitais, no brincar e nos sonhos, são pedras de toque da psicologia clínica.

Os mecanismos de defesa do ego iam aos poucos sendo formulados.¹¹ Supunha-se que esses mecanismos eram organizados em conexão com a ansiedade decorrente da tensão dos instintos ou da perda de objetos. Essa parte da teoria psicanalítica pressupõe um self já separado e um ego já estruturado, e talvez também um esquema corporal pessoal. No nível da parte principal deste artigo, tal estado de coisas ainda não pode ser presumido. A discussão gira em torno exatamente

11 As pesquisas relativas ao mecanismo de defesa que se seguiram a *O ego e os mecanismos de defesa* (Porto Alegre: Artmed, 2006 [1936]), de Anna Freud, chegaram por vias diferentes a uma reavaliação do papel da maternagem no cuidado materno e no desenvolvimento inicial do bebê. Anna Freud ("Some Remarks on Infant Observations". *Psychoanalytic Study of the Child*, v. 8, 1953) reavaliou seus pontos de vista sobre o assunto. Willi Hoffer (*Psychoanalysis: Practical and Research Aspects*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1955) também fez observações relativas a essa área do desenvolvimento. A ênfase neste artigo, contudo, está na importância de compreender o papel do ambiente inicial dos pais no desenvolvimento do bebê e no modo como isso adquire significância clínica para nós no manejo de certos tipos de caso com distúrbios afetivos ou de caráter.

do estabelecimento desse estado de coisas, isto é, a estruturação do ego que abre caminho para a ansiedade derivada da tensão dos instintos ou da perda de objetos. A ansiedade nesse estágio não é ansiedade de castração ou de separação; ela se relaciona com outras coisas e é, na verdade, ansiedade quanto à aniquilação (cf. afaníase de Jones).

Na teoria psicanalítica os mecanismos de defesa do ego têm mais a ver com a ideia de uma criança com certa independência, com uma organização defensiva verdadeiramente pessoal. Nessa fronteira as pesquisas de Klein contribuem para a teoria de Freud ao esclarecer a interação entre as ansiedades primitivas e os mecanismos de defesa. O trabalho de Klein se refere à infância mais precoce, e chama atenção para a importância de impulsos agressivos e destrutivos mais profundos do que aqueles que surgem em reação à frustração e relacionados ao ódio e à raiva; também no trabalho de Klein há uma dissecação das defesas primitivas contra as ansiedades primitivas, ansiedades que fazem parte dos primeiros estágios da organização mental (cisão, projeção e introjeção).

O que é descrito no trabalho de Melanie Klein claramente diz respeito à vida do bebê nas fases iniciais e ao período de dependência de que trata este estudo. Melanie Klein deixou claro que reconhecia a importância do ambiente nesse período e, de formas diferentes, em todos os estágios.¹² Sugiro, contudo, que seu trabalho e o de seus colaboradores deixaram em aberto para consideração posterior o desenvolvimento do tema da dependência completa, que é a que aparece na frase de Freud: “[...] se considerarmos igualmente o cuidado materno [...]”. Não há nada no trabalho de Klein que vá contra a ideia da dependência absoluta, mas me parece não haver nenhuma refe-

¹² Fiz em dois estudos uma exposição detalhada de minha compreensão do trabalho de Melanie Klein nessa área: “A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal” [1954-55], in *Da pediatria à psicanálise*, op. cit., pp. 437-61, e “Psicanálise e o sentimento de culpa” [1958], cap. 1 deste volume. Consultar M. Klein, “Notes on Some Schizoid Mechanisms”, in J. Riviere (org.), *Developments in Psychoanalysis*. London: Hogarth, 1946, p. 297.

rência específica ao estágio em que o bebê existe tão somente por causa do cuidado materno, junto com o qual ele forma uma unidade.

O que quero trazer à baila aqui é a diferença entre a aceitação pelo analista da realidade da dependência e seu trabalho com ela na transferência.¹³

Parece que o estudo das defesas do ego leva o investigador de volta às manifestações pré-genitais do id, enquanto o estudo da psicologia do ego o conduz de volta à dependência, à unidade bebê-cuidado materno.

Metade da teoria do relacionamento pais-bebê se refere ao bebê, e descreve a jornada do bebê da dependência absoluta à independência, passando pela dependência relativa; paralelamente, descreve também a jornada do bebê do princípio do prazer ao princípio da realidade, e do autoerotismo às relações de objeto. A outra metade da teoria do relacionamento pais-bebê se refere ao cuidado materno, isto é, às qualidades e mudanças nas mães que satisfazem as necessidades específicas e de desenvolvimento do bebê para o qual ela se orienta.

O BEBÊ

A palavra-chave nesta parte do estudo é *dependência*. Os bebês humanos não podem começar a *ser* exceto sob certas condições. Essas condições são estudadas abaixo, mas elas são parte da psicologia do bebê. Os bebês vêm a ser de modo diferente conforme as condições sejam favoráveis ou desfavoráveis. Ao mesmo tempo essas condições não determinam o potencial do bebê. Este é herdado, e é legítimo estudar esse potencial herdado do indivíduo como um tema separado, *desde que se entenda que o potencial herdado de um bebê não virá a ser um bebê exceto por meio do cuidado materno.*

¹³ Para um exemplo clínico consultar meu artigo "Retraimento e regressão" [1954], in *Da pediatria à psicanálise*, op. cit., pp. 427-36.

O potencial herdado inclui uma tendência para o crescimento e o desenvolvimento. Todos os estágios do desenvolvimento emocional podem ser mais ou menos datados. Supõe-se que as datas dos estágios de desenvolvimento variem de criança para criança. Apesar disso, *ainda que fossem conhecidas de antemão* no caso de determinada criança, essas datas não poderiam ser utilizadas para prever o desenvolvimento real por causa do outro fator: o cuidado materno. Só se pode fazer uso dessas datas – se é que elas têm algum uso – se for assumido um cuidado materno adequado em aspectos importantes. (Isso obviamente não significa adequado somente no sentido físico; o significado da adequação ou inadequação nesse contexto é discutido a seguir.)

O potencial herdado e seu destino

É necessário expor aqui brevemente o que ocorre ao potencial herdado para que este se desenvolva em um bebê, e depois em uma criança, uma criança aspirando à existência independente. Devido à complexidade do tema, esta exposição tem que ser feita a partir do pressuposto de um cuidado materno satisfatório, ou seja, de cuidados parentais satisfatórios. Os cuidados parentais satisfatórios podem ser classificados mais ou menos em três estágios que se confundem:

- a) Mãe segurando o bebê.
- b) Mãe e bebê vivendo juntos. Aqui a criança não tem ciência da função do pai (ao lidar com o ambiente para a mãe).
- c) Pai, mãe e bebê, todos vivendo juntos.

Aqui o termo *segurar* [*holding*] significa não apenas segurar fisicamente o bebê mas também a provisão ambiental total anterior ao conceito de *viver com*. Em outras palavras, se refere à relação espacial ou tridimensional, com o fator tempo gradualmente adicionado. Isso se confunde com as experiências instintivas – mas as precede –,

as experiências instintivas que com o tempo vêm a determinar as relações de objeto. Inclui a elaboração de experiências inerentes à existência, tais como o *completar* (e portanto o *não completar*) de processos, que de fora podem parecer puramente fisiológicos, mas que fazem parte da psicologia do bebê e ocorrem em um campo psicológico complexo, determinados pela atenção e pela empatia da mãe. (O conceito de *segurar* é discutido em mais detalhes adiante.)

A expressão “viver com” implica relações de objeto, bem como a emergência do bebê do estado de fusão com a mãe ou sua percepção dos objetos como externos a si próprio.

Este estudo está especificamente dedicado ao estágio de sustentação do cuidado materno e às ocorrências complexas no desenvolvimento psicológico do bebê ligadas a essa fase. Deve-se recordar, contudo, que a divisão de uma fase para outra é artificial, uma mera questão de conveniência, adotada com o propósito de definições mais claras.

O desenvolvimento do bebê durante a fase de sustentação

Sob esse prisma podem ser enumeradas algumas características do desenvolvimento do bebê durante essa fase. É neste estágio que

- processo primário;
- identificação primária;
- autoerotismo;
- narcisismo primário.

são realidades vivas.

Nessa fase o ego se transforma de estado não integrado em integração estruturada, de modo que o bebê se torna capaz de experimentar a ansiedade associada à desintegração. A palavra *desintegração* começa a ter um sentido que não tinha antes de a integração do ego

se tornar um fato. No desenvolvimento saudável, nesse estágio o bebê retém a capacidade de reexperimentar estados não integrados. Mas isso depende da continuidade de um cuidado materno consistente ou da acumulação no bebê de recordações do cuidado materno começando gradualmente a serem percebidas como tais. O resultado do progresso normal no desenvolvimento do bebê durante essa fase é que ele alcança o que se poderia chamar "estado de unidade". O bebê se torna uma pessoa, com individualidade própria.

Junto a essa conquista o bebê adquire existência psicossomática, que começa a assumir um padrão pessoal; eu me referi a isso como a instalação da psique no soma.¹⁴ A base dessa instalação é a ligação das experiências funcionais e motoras e sensoriais com o novo estado do bebê de ser uma pessoa. Como aquisição adicional surge o que poderia se chamar de membrana limitante, que até certo ponto (na saúde) é equacionada com a superfície da pele, e tem uma posição entre o "eu" e o "não eu" do bebê, que por sua vez ganha um interior e um exterior, e um esquema corporal. Desse modo começam a ter sentido as funções de entrada e saída; além disso, torna-se cada vez mais importante pressupor uma realidade psíquica interna ou pessoal para o bebê.¹⁵

Outros processos têm início durante a fase de sustentação; o mais importante é o despertar da inteligência e a emergência da mente como algo distinto da psique. Daí se segue a história toda dos processos secundários e da função simbólica, e da organização de um conteúdo psíquico pessoal, que forma a base do sonho e das relações vivas.

14 Para uma conceituação anterior sobre esse tema, consultar meu estudo "A mente e sua relação com o psicossoma" [1949], in *Da pediatria à psicanálise*, op. cit., pp. 408-26.

15 Aqui o trabalho sobre as fantasias primitivas, cuja riqueza e complexidade nos é familiar devido aos ensinamentos de Melanie Klein, se torna pertinente e apropriado.

Ao mesmo tempo, as duas raízes do comportamento impulsivo começam a se unir no bebê. A palavra *fusão* indica o processo positivo pelo qual elementos difusos que fazem parte de um erotismo muscular e do movimento se tornam (na saúde) fundidos com o funcionamento orgástico das zonas erógenas. Esse conceito é mais conhecido como o inverso do processo de des fusão, que é uma defesa complicada em que a agressividade se diferencia da experiência erótica após um período em que algum grau de fusão foi atingido. Todas essas aquisições fazem parte da condição ambiental da sustentação, e sem uma sustentação suficientemente boa esses estágios não podem ser alcançados, ou uma vez alcançados não podem ser assegurados.

Uma aquisição adicional é a capacidade para relações de objeto. Aí o bebê muda de um relacionamento com um objeto subjetivamente concebido para uma relação com um objeto objetivamente percebido. Essa mudança está intimamente ligada com a mudança do bebê de ser fundido com a mãe para ser separado dela, ou relacionando-se a ela como separada e como “não eu”. Essa aquisição não está especificamente relacionada à sustentação, e sim à fase do “viver com”...

Dependência

Na fase da sustentação, o bebê é dependente ao máximo. Podemos classificar a dependência desta maneira:

1. *Dependência absoluta* . Neste estado o bebê não tem como tomar ciência do cuidado materno, que é em grande parte uma questão de profilaxia. Não pode assumir controle sobre o que é bem ou malfeito, estando apenas em posição de se beneficiar ou de sofrer perturbações.
2. *Dependência relativa* . Aqui o bebê pode se dar conta da necessidade de detalhes do cuidado materno, e pode relacioná-los cada vez mais ao impulso pessoal, e mais tarde, num tratamento psicanalítico, pode reproduzi-los na transferência.

3. *Rumo à independência.* O bebê desenvolve meios para ir vivendo sem cuidado real. Ele logra isso por meio do acúmulo de recordações do cuidado, da projeção de necessidades pessoais e da introdução de detalhes do cuidado, com o desenvolvimento da confiança no ambiente. Deve-se acrescentar aqui o elemento de compreensão intelectual, com suas tremendas implicações.

Isolamento do indivíduo

Outro fenômeno que precisa ser considerado nesta fase é o ocultamento do núcleo da personalidade. Examinamos o conceito de self central ou verdadeiro. O self central poderia ser considerado como o potencial herdado que está experimentando a continuidade da existência, e adquirindo à sua maneira e em seu passo uma realidade psíquica pessoal e um esquema corporal pessoal.¹⁶ Parece necessário considerar o conceito de isolamento desse self central como uma característica da saúde. Qualquer ameaça a esse isolamento do self verdadeiro constitui uma ansiedade maior neste estágio inicial e as defesas da infância mais precoce ocorrem por falhas por parte da mãe (no cuidado materno) em evitar intrusões que poderiam perturbar esse isolamento.

As intrusões podem ser recebidas e manejadas pela organização do ego, incluídas na onipotência do bebê e sentidas como projeções.¹⁷ Entretanto, podem driblar essa defesa a despeito do apoio egoico que o cuidado materno provê. O núcleo central do ego é afetado e

16 No capítulo 2 tentei discutir outro aspecto dessa fase do desenvolvimento, como a verificamos no adulto normal. Cf. Phyllis Greenacre, "Early Physical Determinants in the Development of the Sense of Identity". *Journal of the American Psychoanalytical Association*, v. 6.

17 Estou usando aqui o termo *projeções* em um sentido descritivo e dinâmico, e não no sentido metapsicológico completo. A função dos mecanismos psíquicos primitivos, tais como introjeção, projeção e cisão, ultrapassa os objetivos deste estudo.

essa é a natureza real da ansiedade psicótica. Na saúde o indivíduo logo se torna invulnerável nesse sentido, e se há intrusões externas, estas acarretam somente um novo grau e qualidade no ocultamento do self central. Nesse sentido, a melhor defesa é a organização de um falso self. A satisfação instintiva e as relações de objeto constituem uma ameaça ao “continuar a ser” pessoal do indivíduo. *Exemplo:* um bebê está mamando ao seio e obtém satisfação. Esse fato por si só não indica se está tendo uma experiência ego-sintônica do id ou, ao contrário, está sofrendo o traumatismo de uma sedução, uma ameaça à continuidade pessoal do ego, uma ameaça por parte de uma experiência do id que não é ego-sintônica, e com a qual o ego não está preparado para lidar.

As relações de objeto na saúde podem se desenvolver na base de uma conciliação, uma que envolve o indivíduo no que mais tarde poderia se denominar engodo e desonestidade, enquanto uma relação direta só é possível na base de uma regressão ao estado de fusão com a mãe.

Aniquilação¹⁸

A ansiedade nestes estágios iniciais do relacionamento pais-bebê está ligada à ameaça de aniquilação, e é necessário explicar o que significa esse termo.

Nesse lugar caracterizado pela existência essencial de um ambiente sustentador, o “potencial herdado” está se tornando uma “continuidade do ser”. A alternativa a ser é reagir, e reagir interrompe o ser e aniquila. Ser e aniquilação são as duas alternativas. O ambiente, portanto, tem como principal função reduzir ao mínimo

¹⁸ Em um estudo prévio, descrevi variedades clínicas desse tipo de ansiedade de uma perspectiva um pouco diferente (cf. “Memórias do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade” [1949], in *Da pediatria à psicanálise*, op. cit., pp. 327-55).

as intrusões a que o bebê precisará reagir, e que resultam na aniquilação do ser pessoal. Sob condições favoráveis o bebê estabelece uma continuidade da existência e assim começa a desenvolver as sofisticções que permitem que essas intrusões sejam incorporadas à área da onipotência. Nesse estágio a palavra *morte* não tem aplicação possível, e isso faz com que *instinto de morte* seja um termo inaceitável para descrever a origem da destrutividade. A morte não tem sentido até a chegada do ódio e do conceito da pessoa humana inteira. Quando uma pessoa humana inteira pode ser odiada, a morte passa a ter sentido, e próximo disso está o que podemos chamar de *mutilação*; a pessoa inteira odiada e amada é mantida viva ao ser castrada, ou então é mutilada, em vez de ser morta. Tais ideias pertencem a uma fase posterior àquela caracterizada pela dependência do ambiente sustentador.

Reexame de uma nota de rodapé de Freud

Nesse ponto é necessário rever uma afirmação de Freud citada anteriormente: "Ele provavelmente alucina o atendimento de suas necessidades internas, revela seu desprazer com o estímulo crescente e a ausência de satisfação, através da descarga motora dos gritos e do esperneio, e então experimenta a satisfação alucinada". A teoria implícita nessa parte da conceituação não basta para explicar as necessidades dessa fase mais precoce. Essas palavras já fazem referência às relações de objeto, e a validade dessa parte das afirmações de Freud depende da pressuposição, por parte dele, dos aspectos mais precoces do cuidado materno, aqueles que foram aqui descritos como parte da fase de sustentação. No entanto, essa afirmação de Freud descreve exatamente as necessidades da fase *seguinte*, caracterizada por um relacionamento entre o bebê e a mãe, em que as relações de objeto e as satisfações instintivas ou das zonas erógenas têm lugar; isto é, quando o desenvolvimento avança normalmente.

O PAPEL DO CUIDADO MATERNO

Tentarei agora descrever alguns aspectos do cuidado materno e, em especial, a sustentação. Neste estudo o conceito de sustentação é importante, e é necessário desenvolver melhor essa ideia. A palavra é usada aqui para abrir uma discussão mais completa do tema contido na frase de Freud “[...] pela observação de que o bebê, se considerarmos igualmente o cuidado materno, quase que realiza um sistema psíquico desse tipo”. Refiro-me ao estado real do relacionamento mãe-bebê no início, antes de o bebê separar o self do cuidado materno, em que há dependência absoluta no sentido psicológico.¹⁹

Nesse estágio o bebê requer – e em geral de fato recebe – uma provisão ambiental que tem certas características:

- Satisfaz as necessidades fisiológicas. Aqui a fisiologia e a psicologia ainda não se diferenciaram, ou ainda estão no processo de fazê-lo.
- É consistente. Mas a provisão ambiental não é mecanicamente consistente. Ela é consistente de um modo que implica a empatia da mãe.

Sustentação:

- Protege da lesão fisiológica.
- Leva em conta a sensibilidade cutânea do bebê – tato, temperatura, sensibilidade auditiva, sensibilidade visual, sensibilidade à queda (ação da gravidade) – e a falta de conhecimento do bebê acerca da existência de qualquer coisa que não si mesmo.
- Inclui a rotina completa do cuidado dia e noite, e não é igual para dois bebês, porque é parte do bebê, e dois bebês nunca são iguais.

¹⁹ Lembrete: Para me certificar de separar isso de relações de objeto e de gratificação do instinto devo *artificialmente* restringir minha atenção às necessidades corporais de um modo geral. Um paciente me disse: “Uma boa sessão analítica em que a interpretação correta é feita no momento certo é uma boa alimentação”.

- Segue também as mudanças instantâneas do dia a dia que fazem parte do crescimento e do desenvolvimento do bebê, tanto físico como psicológico.

Deve-se notar que mães capazes de prover cuidado suficientemente bom podem ser habilitadas a fazer um trabalho ainda melhor se elas mesmas receberem cuidado, reconhecendo assim a natureza essencial de sua tarefa. Quanto às mães que não têm a capacidade de prover cuidado suficientemente bom, não é a mera instrução que as tornará suficientemente boas.

A sustentação inclui em especial a sustentação física do bebê, que é uma forma de amar. Talvez seja a única forma de uma mãe demonstrar seu amor ao bebê. Algumas mães são capazes de sustentar um bebê; outras, não, e essa incapacidade produz no bebê a sensação de insegurança e o choro nervoso.

Tudo isso acarreta, inclui e coexiste com o estabelecimento das primeiras relações de objeto do bebê e suas primeiras experiências de gratificação instintiva.²⁰

Seria incorreto pôr a gratificação instintiva (alimentação etc.) ou as relações de objeto (relacionamento com o seio) na frente do tema da organização do ego (isto é, o ego do bebê reforçado pelo ego materno). A base da satisfação instintiva e das relações de objeto é o manuseio e o gerenciamento do cuidado do bebê, que facilmente passam despercebidos quando tudo vai bem.

As bases da saúde mental do indivíduo, no sentido de ausência de psicose ou predisposição à psicose (esquizofrenia), são lançadas por esse cuidado materno, que quando tudo vai bem dificilmente é percebido, e é uma continuação da provisão fisiológica que caracteriza o estado pré-natal. Essa provisão ambiental é também a continuação da

²⁰ Para discussão adicional desse aspecto dos processos de desenvolvimento, consultar meu estudo "Objetos transicionais e fenômenos transicionais" [1951], in *O brincar e a realidade*, trad. Breno Longhi. São Paulo: Ubu Editora, 2019, pp. 13-51.

vitalidade dos tecidos e da saúde funcional que (para o bebê) provê um apoio egoico silencioso, mas vitalmente importante. Assim, a esquizofrenia ou a psicose infantil ou uma predisposição à psicose em uma data posterior estão ligadas a uma falha da provisão ambiental. Isso não quer dizer, contudo, que os efeitos nefastos de tal falha não possam ser descritos em termos de distorção do ego e de defesas contra ansiedades primitivas, isto é, em termos do indivíduo. Veremos, portanto, que o trabalho de Klein sobre os mecanismos de defesa de cisão e de projeção e introjeção e assim por diante é uma tentativa de descrever os efeitos da falha da provisão ambiental em termos do indivíduo. Esse trabalho sobre os mecanismos primitivos nos dá a chave apenas para uma parte da história, e a reconstrução do ambiente e de suas falhas fornece a outra parte. Essa outra parte não pode aparecer na transferência por causa da falta de conhecimento do paciente quanto ao cuidado materno, tanto em seus aspectos bons como em suas falhas, tal como existiu na situação infantil original.

Exame de um detalhe do cuidado materno

Darei um exemplo para ilustrar a sutileza do cuidado materno. Um bebê está em fusão com sua mãe, e enquanto esse for o caso, quanto mais perto a mãe chegar de uma compreensão exata das necessidades do bebê, melhor. Uma mudança, contudo, é causada pelo fim de fusão, e esse fim não é necessariamente gradual. Tão logo mãe e bebê se separaram, a mãe tende a mudar sua atitude – do ponto de vista do bebê. É como se ela agora se desse conta de que o bebê não conta mais com aquela condição em que a mãe compreende suas necessidades quase que por mágica. A mãe parece saber que o bebê tem uma nova capacidade, a de transmitir sinais que a orientem a satisfazer-lhe as necessidades. Poderíamos dizer que, se ela for boa demais em divisar as necessidades do bebê, isso é mágica e não forma a base para uma relação de objeto. Aqui temos as palavras de Freud: “Ele (o bebê) provavelmente alucina o atendimento de suas necessidades internas, revela

seu desprazer com o estímulo crescente e a ausência de satisfação, através da descarga motora dos gritos e do esperneio, e então experimenta a satisfação alucinada”. Dito de outro modo, à época do fim da fusão, quando a criança se separou do ambiente, um ponto importante é que o bebê tem que transmitir sinais.²¹ Observamos essa sutileza se insinuando nitidamente na transferência em nosso trabalho analítico. É muito importante, exceto quando o paciente está regredido à infância mais precoce e ao estado de fusão, que o analista *não* dê as respostas a menos que o paciente dê pistas. O analista capta essas pistas e faz a interpretação, e muitas vezes acontece de o paciente falhar em dar as pistas, impedindo o trabalho do analista. Essa limitação do poder do analista é importante para o paciente, assim como o poder do analista é importante, representado pela interpretação correta, feita no momento certo e baseada nas pistas e na cooperação inconsciente do paciente, que está fornecendo o material que vai fundamentar e justificar a interpretação. Desse modo o analista em treinamento muitas vezes faz análise melhor do que o fará passados alguns anos, quando ele souber mais. Quando tiver tido diversos pacientes ele começará a achar entediante ir tão devagar quanto o paciente, e começará a fazer interpretações baseadas não no material fornecido em determinado dia pelo paciente, mas em seu próprio conhecimento acumulado ou em sua adesão contingente a determinado conjunto de ideias. Isso é inútil para o paciente. O analista pode parecer muito esperto, e o paciente pode expressar admiração, mas no fim a interpretação correta é um trauma, que o paciente tem que rejeitar porque não é sua. Ele se queixa que o analista tenta hipnotizá-lo, isto é, que o analista o está incitando a uma regressão severa à dependência, arrastando o paciente de volta a uma fusão com o analista.

A mesma coisa pode ser observada com as mães dos bebês; as mães que tiveram vários filhos começam a ficar tão boas na técnica

²¹ Teoria posterior de Freud (“Inibição, sintoma e angústia” [1926], in *Obras completas*, v. 17, trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2014) da ansiedade como um sinal para o ego.

de maternagem que fazem tudo certo no momento exato, e assim o bebê que tinha começado a se tornar separado de sua mãe não tem meios de assumir o controle sobre todas as coisas boas que estão acontecendo. O gesto criativo, o choro, o protesto – todos esses pequenos sinais cuja função produzir é o que a mãe já faz, todos eles estão ausentes, porque a mãe já satisfaz as necessidades do bebê, como se ele ainda estivesse fundido com ela e ela, com ele. Desse modo a mãe, por ser uma mãe aparentemente boa, faz pior do que castrar o bebê; a ele são dadas duas alternativas: ou ficar em um estado permanente de regressão e permanecer fundido com a mãe, ou então encenar uma rejeição completa da mãe, mesmo de uma mãe aparentemente boa.

Vemos, portanto, que na infância e no manejo dos bebês há uma distinção muito sutil entre a compreensão da mãe acerca das necessidades do bebê baseada na empatia, e sua mudança para uma compreensão baseada em algo no bebê ou na criança pequena que indica uma necessidade. Isso é especialmente difícil para as mães pelo fato de as crianças vacilarem entre um estado e outro; em um minuto elas estão fundidas com a mãe e requerem empatia, enquanto no seguinte estão separadas dela, e então, se a mãe souber suas necessidades por antecipação, ela é perigosa, uma bruxa. É muito estranho que mães sem instrução alguma se adaptem a essas mudanças em seus bebês de maneira satisfatória, e sem nenhum conhecimento de teoria. Esse detalhe é reproduzido no trabalho analítico com pacientes *borderline* e em todos os casos de grande importância, nos momentos em que a dependência na transferência é máxima.

Desconhecimento em relação ao cuidado materno satisfatório

É axiomático, quando o assunto é o cuidado materno na forma da sustentação, que quando as coisas vão bem o bebê não tem meios

de saber o que está sendo provido adequadamente e o que lhe está sendo impedido. Entretanto, é quando as coisas não vão bem que o bebê toma ciência, não de uma falha do cuidado materno, mas dos resultados, quaisquer que sejam, dessa falha; quer dizer, o bebê percebe que está reagindo a alguma intrusão. Como resultado do cuidado materno bem-sucedido, instaura-se no bebê a continuidade de ser que é a base da força do ego; ao passo que o resultado de cada falha no cuidado materno é a interrupção da continuidade de ser por reações às consequências dessa falha, implicando o enfraquecimento do ego.²² Tais interrupções constituem aniquilação, e são evidentemente associadas a sofrimentos de qualidade e intensidade psicótica. Nos casos extremos o bebê existe somente na base da continuidade de reações a intrusões e de sua recuperação de tais reações. Isso contrasta enormemente com a continuidade de ser que é minha concepção de força do ego.

AS MUDANÇAS NA MÃE

É importante, nesse contexto, examinar as mudanças que ocorrem na mulher prestes a ter um bebê ou que acabou de tê-lo. No início, essas mudanças são quase fisiológicas, e começam com a sustentação física do bebê no útero. Algo estaria faltando, contudo, se na descrição se usasse a expressão “instinto materno”. O fato é que, na saúde, a mulher muda sua orientação sobre si mesma e sobre o mundo. No entanto, mesmo que essas mudanças estejam profundamente enrai-

²² Nos casos de caráter, são esse enfraquecimento do ego e as várias tentativas do indivíduo para lidar com ele que chamam atenção imediatamente; mesmo assim, somente um verdadeiro exame da etiologia permitirá que o aspecto defensivo do sintoma que está se apresentando seja identificado em sua origem na falha ambiental. Referi-me a um aspecto específico disso no diagnóstico da tendência antissocial como o problema básico subjacente à Síndrome de Delinquência (19).

zadas em sua fisiologia, elas podem ser distorcidas quando falta saúde mental à mulher. É necessário pensar nessas mudanças em termos psicológicos, e isso apesar de possivelmente haver fatores endócrinos passíveis de serem afetados pela medicação.

Sem dúvida as mudanças fisiológicas sensibilizam a mulher para as mudanças psicológicas mais sutis que se seguem.

Logo após a concepção, ou quando já se sabe que a concepção é possível, a mulher começa a mudar sua orientação e a se preocupar com as mudanças que estão ocorrendo dentro de si. De várias formas ela é encorajada por seu próprio corpo a se interessar por si própria.²³ A mãe transfere algo de seu interesse em si própria para o bebê que está crescendo dentro dela. O importante é que vem a existir um estado de coisas que merece ser descrito, e a teoria sobre tudo isso precisa ser explanada.

O analista que está satisfazendo as necessidades de um paciente que por sua vez está revivendo esses estágios precoces na transferência sofre mudanças similares de orientação; e o analista, diferentemente da mãe, precisa estar atento à sensibilidade que se desenvolve nele ou nela como resposta à imaturidade e dependência do paciente. Isso pode ser considerado uma extensão da descrição que Freud faz do analista como alguém em um estado voluntário de atenção.

Não seria apropriado fazer aqui uma descrição detalhada dessas mudanças de orientação na mulher que está se tornando ou acabou de se tornar mãe. Tentei descrever em outro estudo essas mudanças em linguagem popular ou não técnica.²⁴

Há uma psicopatologia dessas mudanças de orientação, e os extremos da anormalidade são objeto de estudo por parte daqueles que estudam a psicologia da psicose puerperal. Sem dúvida há mui-

²³ Para uma conceituação mais detalhada deste ponto veja "Preocupação materna primária" [1956], in *Da pediatria à psicanálise*, op. cit., pp. 493-501.

²⁴ *The Ordinary Devoted Mother and Her Baby - Nine Broadcast Talks*, 1949. Republicada em: *The Child and the Family*. London: Tavistock, 1957.

tas variações em qualidade que não constituem anormalidade. O que constitui anormalidade é o grau de distorção.

Em geral as mães de um modo de outro se identificam com o bebê que está crescendo dentro de si, e desse modo podem atingir uma percepção muito sensível do que o bebê necessita. Isso é uma identificação projetiva. Essa identificação com o bebê dura por algum tempo depois do parto, e então gradualmente perde importância.

Habitualmente a orientação especial da mãe para com o bebê vai além do processo de nascimento. A mãe que não tem distorções nesse campo está pronta para abrir mão de sua identificação com o bebê à medida que ele vai demonstrando a necessidade de se separar. É possível prover um cuidado inicial bom, mas fracassar em completar o processo pela incapacidade de deixá-lo terminar, com a mãe tendendo a permanecer fundida com seu bebê e adiando a separação. De qualquer modo é uma tarefa difícil para a mãe se separar do bebê tão rápido quanto o bebê precisa se separar dela.²⁵

O importante, no meu ponto de vista, é que, através de sua identificação com o bebê, a mãe sabe como ele se sente, de modo que é capaz de prover quase exatamente aquilo de que o bebê necessita em termos de sustentação e provisão do ambiente em geral. Sem tal identificação acho que ela não seria capaz de prover o que é necessário no começo, que é uma *adaptação viva às necessidades do bebê*. O principal é a sustentação física, que é a base de todos os aspectos mais complexos da sustentação e da provisão ambiental em geral.

É verdade que uma mãe pode ter um bebê que é muito diferente de si mesma e, assim, calcular mal. O bebê pode ser mais rápido ou mais lento do que ela. Desse modo pode haver ocasiões em que ela sente que o bebê precisa de algo, e não está certa. Contudo, parece ser comum que as mães que não estão distorcidas por falta de saúde

²⁵ Um caso que ilustra o tipo de problema encontrado clinicamente e relacionado com esse grupo de ideias foi apresentado num estudo anterior: "A reparação relativa à defesa organizada da mãe contra a depressão" [1948], in *Da pediatria à psicanálise*, op. cit., pp. 203-11.

ou por tensões ambientais do dia a dia tendem, em geral, a distinguir suficientemente bem do que seus bebês necessitam. Mais que isso, elas gostam de prover as necessidades do bebê. Essa é a essência do cuidado materno.

Com “o cuidado que recebe de sua mãe”, cada bebê é capaz de ter uma existência pessoal, e assim começa a construir o que pode ser chamado de *continuidade do ser*. Na base dessa continuidade do ser, o potencial herdado se desenvolve gradualmente no bebê. Se o cuidado materno não é suficientemente bom, então o bebê não alcança existência real, uma vez que não há a continuidade do ser; em vez disso, a personalidade começa a se formar com base em reações a intrusões do ambiente.

Tudo isso é significativo para o analista. Na verdade não é tanto a partir da observação direta dos bebês, mas do estudo da transferência na situação analítica, que se obtém uma visão clara do que acontece na infância inicial. Esse trabalho sobre a dependência na infância inicial deriva do estudo dos fenômenos transferenciais e contratransferenciais que fazem parte do envolvimento do analista com os casos *borderline*. Na minha opinião esse envolvimento é uma extensão legítima da psicanálise. A única diferença está no diagnóstico da doença do paciente – a etiologia da doença de pacientes desse tipo precede o complexo de Édipo e envolve uma distorção ocorrida na época da dependência absoluta.

Freud foi capaz de descobrir a sexualidade infantil em uma nova visão porque ele a reconstruiu a partir de seu trabalho analítico com pacientes neuróticos. Ao expandir seu trabalho para abarcar o tratamento de pacientes psicóticos *borderline*, foi possível para nós reconstruir a dinâmica da dependência infantil e da infância inicial, e o cuidado materno que satisfaz essa dependência.

RESUMO

1. É feito um exame da infância inicial; isso não é a mesma coisa que o exame dos mecanismos mentais primitivos.
2. A principal característica da infância é a dependência; isso é discutido em termos do ambiente sustentador.
3. Qualquer estudo da infância inicial deve ser dividido em duas partes:
 - a) Desenvolvimento do bebê facilitado por um cuidado materno suficientemente bom.
 - b) Desenvolvimento do bebê distorcido por um cuidado materno que não é suficientemente bom.
4. Pode-se considerar fraco o ego do bebê, mas na verdade ele é forte por causa do apoio egoico do cuidado materno. Onde falha o cuidado materno, a fraqueza do ego do bebê se torna manifesta.
5. Os processos da mãe (e do pai) conduzem, na saúde, a um estado especial em que a mãe ou o pai se orienta para o bebê, estando assim em posição de satisfazer a dependência do bebê. Há uma patologia desses processos.
6. Notam-se aqui as várias formas em que essas condições inerentes ao que chamamos de ambiente sustentador²⁶ podem ou não aparecer na transferência se o bebê fizer análise em uma data posterior.

²⁶ Conceito de sustentação em casos clínicos: Cf. Clare Winnicott, "Case-work Techniques in the Child Care Services" [1954], in *Child Care and Social Work*. London: Codicote Press, 1964.