

A contribuição da observação da interação mãe-bebê para a formação do psicanalista¹

Martha Harris²

Resumo: Neste trabalho, a autora discute a importância da observação mãe-bebê segundo a técnica de Esther Bick como instrumento formativo para o psicanalista. A autora argumenta que essa prática contribui significativamente para o desenvolvimento da escuta analítica e da capacidade de conter emoções primitivas. Através de exemplos clínicos, mostra como a observação enriquece a compreensão da transferência e da contratransferência e dos estados infantis no setting analítico. Propõe que essa experiência auxilia o analista a lidar com a incerteza, promovendo uma escuta mais empática e integrada. Palavras-chave: observação mãe-bebê, formação psicanalítica, transferência, contratransferência

Em artigo publicado em 1962, Esther Bick já descrevia a história da observação de bebês, que ela mesma havia introduzido e praticado na Tavistock Clinic. Esse método de observação foi adotado, em seguida, pelo Instituto Britânico de Psicanálise e até hoje constitui um importante seminário na formação de analistas. Esse método desempenha um papel ainda mais relevante no departamento “Pais e crianças” da Clínica Tavistock, fundamental na formação de psicoterapeutas com orientação analítica.

Esther Bick descreve o método de observação e suas finalidades; seu artigo inclui, além disso, indicações e exemplos do que pode ser

- 1 O presente artigo foi traduzido de *Collected Papers of Martha Harris and Esther Bick*, publicado por Meg Harris Williams em 1973. Esta obra integrou a biblioteca do Centro de Estudos Psicanalíticos Mãe-Bebê-Família de São Paulo e é uma referência em nosso meio psicanalítico, além de outros escritos de Martha Harris, como *Thinking about Infants and Young Children* (1975), traduzido em 1988 sob o título *Crianças e bebês à luz de observações psicanalíticas* pela Editora Vértice.
- 2 Foi uma psicanalista britânica de crianças e adultos. De 1960 a 1980, foi chefe do serviço de Psicoterapia Infantil da Clínica Tavistock, substituindo Esther Bick, que havia estabelecido o método de observação mãe-bebê. (1919-1987)

observado, além de um exame da pertinência que o método e o tipo de observação têm para o trabalho do psicanalista.

Desde o início, é preciso considerar que a observação semanal da mãe e do bebê, no seio da família, durante o primeiro ano (ou os dois primeiros anos) de vida, bem como o registro detalhado dessas observações e sua discussão em grupo de estudos, representam etapas que demandam bastante tempo na formação de um analista ou terapeuta. Todavia, a importância e a validade de tal prática para alunos que não pretendem trabalhar com crianças nem sempre são evidentes. Minha experiência pessoal mostrou que os alunos que participaram desses seminários se mostraram mais aptos a discutir suas observações em seminários clínicos e em outras atividades. A maioria deles deu continuidade a esses estudos, seja realizando uma nova série de observações, seja participando das discussões com outros psicoterapeutas.

Perguntamo-nos: seria possível a um candidato à formação analítica, durante a análise didática e a supervisão de seus primeiros casos, apreender tudo o que precisa compreender da criança dentro do adulto e do bebê dentro da criança?

Considerando o grande número de ilustres analistas, ricos em imaginação teórica e prática, que trouxeram contribuições fundamentais à psicanálise sem nunca terem realizado uma observação estruturada de um bebê, nem analisado uma criança, é difícil sustentar que tais experiências sejam essenciais à formação de um analista que pretende trabalhar com adultos.

Porém, podemos observar que o desenvolvimento da psicanálise corre o risco de ficar mais ou menos bloqueado pela existência de muitas teorias: gasta-se muito tempo, nas sociedades e nos grupos, debatendo essas teorias numa base carente de suficiente experiência comum fundamentada em observações detalhadas.

Muito frequentemente, além disso, o alinhamento a esta ou àquela teoria é ditado apenas por considerações de lealdade pessoal ou de adesão a certas genealogias analíticas.

No campo do desenvolvimento infantil e dos métodos de puericultura, essas teorias são discutidas com ainda mais vivacidade do que

em qualquer outro âmbito. Em outras palavras, neste campo, todos os especialistas parecem saber exatamente o que deve ser feito – mas são raríssimos os que se dispõem a acompanhar as crianças por tempo suficiente para verificar se os conselhos oferecidos e os diagnósticos formulados realmente funcionaram na prática.

Se abordarmos a psicanálise como uma ciência-arte, preocupada com o estudo e a descrição dos fenômenos – e não como uma ciência explicativa, voltada a encontrar a causa da doença mental e a oferecer receitas para que as pessoas saibam como evitá-la – então devemos considerar a ampliação da capacidade de observação como essencial ao desenvolvimento do analista.

Na falta, como acontece com ele, de um mapa claro traçando a rota e de um objetivo definido para focar e canalizar a atenção, o analista fica exposto à incerteza, à confusão e à ansiedade quando bombardeado de perto pela experiência emocional de outra pessoa, da mesma forma como uma mãe é bombardeada pelo estado emocional do bebê.

A intimidade e a nudez essenciais na relação analista-paciente, se um processo analítico estiver ocorrendo (a “experiência incandescente do consultório”, como Winnicott uma vez a chamou), são provavelmente mais análogas à relação mãe-bebê do que a qualquer outra. Isso pode ser mais facilmente perdido de vista nas análises de formação ou nos debates das sociedades psicanalíticas do que na análise de crianças ou no trabalho com pacientes fora da comunidade analítica, que vieram porque se sentem doentes e precisam de ajuda.

Tal como nos debates psicanalíticos com colegas, também no consultório, com demasiada frequência fala-se sobre a criança – talvez, eventualmente, treinada para se comportar da maneira que os adultos (o establishment psicanalítico) consideram apropriada. Isso tende a produzir a criança bem ajustada, o candidato bem analisado, permitindo que partes inexperientes, incompreendidas e, portanto, não integradas do eu sejam cindidas e projetadas em outro lugar (outra família, outro grupo), levando consigo parte da força e da riqueza potenciais da personalidade.

Se olharmos para o papel do observador na observação infantil, podemos considerar como aprender a se tornar um observador pode ajudar na aprendizagem para se tornar um psicanalista (um processo que continua muito depois da qualificação). A observação atenta de uma mãe e de um bebê é uma experiência emocional que requer trabalho mental para ser pensada, em vez de reagida. A tendência é projetar os próprios desejos e medos infantis inconscientes na situação entre a mãe e o bebê. Se não se chegar perto o suficiente para que o relacionamento tenha impacto, muitos detalhes serão perdidos e a qualidade da aprendizagem prejudicada. Mas, para não sermos levados à ação – a pôr em prática as ansiedades evocadas em vez de contê-las pela reflexão –, é preciso encontrar uma posição suficientemente distanciada para criar um espaço mental que permita observar o que está acontecendo em si mesmo, bem como na mãe e no bebê. Se assumirmos a postura imparcial de um experimentador que olha através de um microscópio num laboratório, é provável que inquietemos a mãe e lhe imponhamos um fardo extra, como é claro que muitos observadores temem fazer quando iniciam suas visitas.

É preciso encontrar uma posição a partir da qual se possa ser amigável com a mãe, receptivo e disposto a renunciar a atitudes de julgamento, explícitas ou implícitas; ter um interesse sem crítica em tudo o que ela deseja confiar sobre o bebê ou sobre seus próprios sentimentos ao lidar com ele. Isso pode envolver aprender a suportar a projeção de uma grande dose de ansiedade e conter o impulso de se apressar a aliviar com conselhos ou apoio na ação. Na verdade, é preciso conter o zelo terapêutico, ao mesmo tempo que se oferece uma resposta humana, que indique à mãe que se pode apreciar seus sentimentos sem criticá-los ou conspirar. O estado de suspensão interior do julgamento, de “capacidade negativa” (tão apropriadamente citado por Bion em Keats), é, de fato, uma pré-condição para aprender com a experiência. Também é alcançado mais facilmente através da experiência que ensina humildade, revelando a falibilidade de nossos preconceitos oniscientes. Ao trocar experiências num grupo de discussão de seminário, aprende-se que é preciso responder a cada mãe como um indivíduo, e perceber o efeito

que a própria presença, conversa e atos podem ter sobre ela; também reconhecer a transferência de expectativas e medos infantis da mãe para o observador.

Os observadores que estão em análise têm a oportunidade de resolver ali seus próprios sentimentos contratransferenciais; da mesma forma que os candidatos, ao mesmo tempo em que aprendem a trabalhar com os pacientes, também podem obter ajuda para esclarecer seus estados de espírito dessa forma. No entanto, os problemas particulares de cada observador em encontrar uma postura útil que potencie uma relação amigável e não intrusiva são utilmente discutidos e partilhados no seminário onde as observações estão sendo analisadas. A psicopatologia privada de cada observador individual é uma questão para sua análise ou autoanálise, mas os problemas de compreensão das projeções e provocações à ação através de reações contratransferenciais ao sofrimento do bebê ou da mãe são, até certo ponto, comuns a todos e podem ser compartilhados como experiências de aprendizagem.

Invariavelmente, o observador descobre que aborda a observação com certos preconceitos e teorias implícitas, se não explícitas, sobre como os bebês devem ser tratados, acompanhadas por uma tendência de criticar a mãe. Essas tendências podem ser justificadas através de uma idealização da relação específica mãe-bebê, especialmente conforme apresentada ao grupo do seminário, numa atmosfera de competição com casais de outros observadores: “Como a minha mãe e o meu bebê estão se dando bem?”. Ouvimos frequentemente os mesmos “sons” vindos de analisandos num estado de identificação projetiva idealizada com “seu” analista. Novamente, essas tendências são geralmente discutidas de maneira geral no seminário como fenômenos evocados pela proximidade com as emoções infantis mais primitivas. A atenção aos detalhes da observação apresentada e a discussão de suas possíveis implicações também poderão trazer à tona aspectos da situação até então não compreendidos, o que pode ajudar o observador a recordar mais detalhes que ele não percebeu ter notado naquele momento.

A discussão das observações num seminário pode ter a mesma função que uma discussão clínica ou supervisão de um paciente, desde

que se encoraje o candidato a recordar todos os detalhes que não entendeu. Ao tentar reconstruir a confusão em que se encontrava em diferentes períodos da sessão que está relatando, o candidato ou observador é ajudado a reconstruir, retrospectivamente, alguns possíveis padrões significativos dessa confusão. Um candidato que é capaz de tolerar a sua confusão e compartilhá-la com o supervisor tem muito mais probabilidades de obter benefícios da supervisão do que aquele que apresenta um desempenho polido que não deixa espaço para mais perguntas. Um observador que realmente aprendeu como um bebê cresce e que se torna cada vez mais interessado na complexidade de seu desenvolvimento, provavelmente reforçará o interesse da mãe pelo seu bebê e a encorajará a valorizar sua capacidade de compreendê-lo, bem como de prestar cuidados a ele. A apresentação de observações num seminário e o compartilhamento de experiências únicas, mas semelhantes, de envolvimento emocional, podem ajudar muito cada observador em suas próprias visitas semanais a participar de forma menos consciente de seu estudo e aprender com sua própria contratransferência. Para tirar o melhor proveito da situação, ele deve permitir-se sentir, mas precisa pensar sobre seus sentimentos para evitar agir de acordo com eles.

Esses pontos têm relevância imediata para o analista em formação que está aprendendo a se tornar um psicanalista. No consultório, ele estará numa situação de observação isolada onde, se aprender a trazer essa atitude de receptividade emocional, receberá não apenas a confiança dos pacientes, mas também, cada vez mais, as projeções das partes infantis mais primitivas da personalidade do paciente. No trabalho com adultos, podemos ser muito mais facilmente enganados pelo significado aparente das palavras do que no trabalho com crianças. Isto se aplica particularmente à análise de formação. Alguém que aspira a tratar distúrbios em outras pessoas tende a tornar-se bastante hábil em aprender sobre partes mais vulneráveis ou mais desagradáveis de sua personalidade: a desenvolver uma facilidade para falar sobre elas em si mesmo, bem como nos outros, de uma forma que os mantenha à distância.

A atitude desenvolvida na observação mãe-bebê ajuda o aspirante a analista a levar em conta não apenas as palavras, mas também os detalhes do comportamento e da conduta geral do paciente: ler entre as palavras e discernir a natureza da experiência que está sendo transmitida ou evitada. Pode ser útil esperar até que ele obtenha, a partir de sua própria resposta ao paciente, alguma intuição sobre o que pode estar acontecendo. Se ele não puder suportar esse período de incerteza e confusão, provavelmente antecipará o surgimento da experiência emocional no paciente, explicando-a primeiro. Como muitos observadores notaram, os livros sobre o desenvolvimento infantil podem ser um conforto para uma mãe inexperiente, mas também podem se interpor entre ela e uma experiência direta de reflexão sobre a criança. Talvez haja momentos em que, como analista ou como candidato a analista, são necessários o conforto e a proteção de teorias bem testadas e interpretações aprendidas, ou simplesmente confiar nas regras; mas é útil poder perceber quando se está fazendo isso de maneira mecânica demais.

O observador pode aprender, por sua própria experiência e pela observação das reações da mãe nas primeiras semanas de vida do bebê, quão doloroso é permanecer com o conhecimento de que algo tão indefeso como um bebê – indefeso de uma forma que um animal jovem não é – sente intensa ansiedade e tem uma vida mental. Ao contrário dos pequenos animais, os bebês podem fazer muito pouco em relação às suas necessidades corporais e ao desconforto; eles precisam sofrer a dor de esperar até que a ajuda chegue. Sua dor é aliviada não apenas pela satisfação de suas necessidades corporais, mas também por meio da compreensão, do contato social e do amor.

Se entendermos a transferência analítica como um processo de externalização de relacionamentos e desejos infantis, então a oportunidade de acompanhar historicamente, semana após semana, o crescimento dos relacionamentos do bebê – a maneira pela qual ele utiliza suas capacidades em desenvolvimento dentro do contexto desses relacionamentos para fazer sentido do seu mundo, as fantasias que ele tece sobre os estímulos que o atingem de dentro e de fora – sem dúvida aumenta a sensibilidade do analista à qualidade e ao movimento

dessa transferência. A observação durante os primeiros seis meses, por exemplo, oferece uma oportunidade para estudar como começam as relações objetais do bebê, relacionando partes não integradas de si mesmo com partes da mãe. Isto reafirma o que todos sabemos e falamos com bastante fluência: a realidade de que as emoções, no nível mais primitivo, estão enraizadas em estados corporais e em sensações localizadas em partes específicas do corpo, sensações que são educadas e adquirem significado através das respostas emocionais da mãe.

Isso tem uma relevância óbvia para a compreensão dos sintomas psicossomáticos nos pacientes. Também pode ajudar a compreender como, escondida na apresentação de narrativas sobre pessoas no material dos pacientes, está oculta outra camada de significado relacionada com a parte mais antiga das relações objetais, centralmente a combinação de mamilo e peito: o dar-reter-organizar, qualidades receptivas – reconfortantes – indulgentes do objeto primário. Pois, embora obviamente tenha sido possível ajudar e, nesse sentido, “curar” muitos pacientes sem referência explícita ao primeiro ano de vida, estamos lidando com pessoas cuja psicopatologia, qualquer que seja sua intensificação ou cristalização posterior, quase certamente tem suas origens, em maior ou menor grau, naquele período inicial. Quanto mais ricas forem as oportunidades que tivermos para observar e pensar sobre este período, maior será a probabilidade de sermos capazes de falar com um paciente sobre essas áreas inconscientes em termos metafóricos evocativos que o ajudem a conectar-se a elas de forma significativa; maior será a probabilidade de percebermos a operação das fantasias infantis nos pacientes como fenômenos a serem descritos, em vez de tentarmos trabalhar a partir de alguma ideia abstrata de sua existência.

Consideremos, por exemplo, a educação da capacidade de utilizar a contratransferência para perceber a qualidade da emoção ou a falta de emoção nas comunicações verbais de um paciente, assim como o significado ou a ausência de significado. O trabalho de Esther Bick, influenciado pelo seguimento de muitas observações infantis, e de Donald Meltzer, assim como de outros que acompanharam o desenvolvimento de crianças autistas, alertou-nos para os fenômenos das

relações bidimensionais e dos modos de aprendizagem: a imitação do comportamento e a cópia, como métodos para evitar dores mentais, os quais, conseqüentemente, não levam ao desenvolvimento da personalidade. Pode-se ver que esta forma bidimensional de se agarrar a objetos externos e de imitar um comportamento mais adulto tem o seu lugar no crescimento de cada criança e na vida de cada adulto. Pode-se também perceber o empobrecimento ou o atraso no desenvolvimento que ocorre quando isso se torna uma defesa generalizada contra a experiência emocional, mais detectável na patologia grosseira do que em personalidades que se comportam de maneira aparentemente normal. São vistos no consultório como pacientes que se comportam como se estivessem fazendo uma análise, mas evitando habilmente uma experiência realmente angustiante. Pode-se pensar nesses pacientes como se tivessem um recipiente interno, ou um seio interno, defeituoso, que não lhes permite reter e fazer uso de emoções dolorosas e, portanto, de todas as novas experiências.

O estudo das maneiras pelas quais a experiência do bebê, no nível sensorial, com objetos do mundo externo, é ou não internalizada pode lançar luz sobre esses pacientes ou sobre os estados mentais que, por vezes, provavelmente estão presentes em todos os pacientes. As questões sobre as condições que favorecem ou impedem a introjeção na infância são aplicáveis ao estudo do processo analítico – durante o qual se espera que o paciente seja capaz de internalizar um objeto mais receptivo e mais forte que lhe permita ampliar seu conhecimento de si mesmo e pensar melhor sobre as experiências que está vivendo.

Para poder utilizar de forma significativa qualidades e partes potenciais de si mesmo, estas provavelmente precisam ser expressas e trabalhadas em um nível infantil com outra pessoa. Isto certamente acontece com emoções agressivas e dolorosas. A observação de como o bebê precisa ser capaz de expressar sua dor e agressividade pode ajudar, ao analisar crianças e adultos, a encarar essa agressão de forma menos pessoal. Por exemplo, a aparente agressão ou hostilidade nas palavras ou no comportamento pode expressar, por parte do paciente, uma necessidade de fazer o analista sentir algo que ele ainda não consegue tolerar

sentir, porque não desenvolveu o equipamento para pensar sobre isso. Pode ser mais bem entendido como uma evacuação da dor do que como um ato negativo.

O “seio toilete”, como Meltzer o denominou, aparece na transferência como uma necessidade de uma das funções primárias da mãe, primeiramente apreendida pelo bebê no nível do objeto parcial.

Aliviar o bebê de um desconforto intolerável – basicamente o medo de morrer – descontaminando esse medo e devolvendo-o ao bebê numa forma mais assimilável, pode ser visto, junto com a nutrição, como sendo funções primárias recorrentes da mãe nas primeiras semanas e meses do bebê. Pode-se estudar o resultado em situações em que a mãe não consegue tolerar suficientemente o impacto da projeção da ansiedade primitiva para se permitir senti-la, mas, em vez disso, dá rapidamente uma parte de si mesma (o peito), ou um substituto – uma mamadeira, uma chupeta, ou, mais tarde, um doce – para parar o protesto. Interpretações e reassuramentos podem ser dados na análise da mesma maneira: para interromper o desdobramento gradual da expressão de emoções até então não apreendidas, que trazem consolo, mas, se vividas, levam a uma maior força e enriquecimento. A hiperatividade ansiosa é uma forma pela qual a dependência de objetos externos tocáveis, tangíveis, é perpetuada, reforçando a opinião infantil de que sempre deveria haver, em algum lugar, um objeto externo bom o suficiente para cuidar de alguém.

A verdade central que podemos aprender através da nossa própria experiência como observador e através da observação do desenvolvimento de uma mãe que está aprendendo a ser mãe é diretamente aplicável ao relacionamento do par analítico. É mais doloroso esperar, permanecer receptivo e não desconectado, suportar a dor que está sendo projetada, incluindo a dor da própria incerteza, do que recorrer a ações precipitadas destinadas a evacuar essa dor e obter o alívio de sentir que se está fazendo alguma coisa.

O observador muitas vezes sente, inicialmente e talvez por muito tempo, que não basta estar presente, atento e interessado em situações de sofrimento; que ele deve justificar sua presença fazendo algo para

ajudar. Ele pode estar observando uma mãe que, dominada pela ansiedade em relação ao desamparo do bebê, também sente, naqueles primeiros dias, que deve estar sempre fazendo alguma coisa: dar o peito, dar a chupeta, levantar o bebê de uma forma que seja conscientemente projetada para parar a dor que ele está sentindo. Mas o que é provável que seja transmitido ao bebê nessa atenção excessivamente ocupada às suas necessidades corporais é uma projeção de ansiedade não assimilada, que o confunde e não o ajuda a distinguir as suas próprias emoções das da mãe. Se a ansiedade projetada pelo bebê puder ser pensada pela mãe, ela poderá não conseguir necessariamente responder com o grau de compreensão exigido, assim como um analista que tenta compreender as comunicações de um paciente pode, de fato, conseguir alcançar apenas uma compreensão limitada; mas a capacidade de continuar a tentar compreender é, em si, um incentivo ao desenvolvimento e à identificação com um objeto pensante.

O observador pode muitas vezes descobrir que, à medida que o bebê cresce e se desenvolve, a ansiedade da mãe diminui, de modo que ela pode aprender com o bebê como satisfazer as suas necessidades e pode entendê-lo melhor, pois pode dar a si mesma mais tempo e espaço para reflexão. Mas o observador verá que isso leva tempo e que o processo de encontrar um ao outro não pode ser acelerado pela intervenção ativa ou pelo ensinamento de outros. O mesmo tipo de processo também pode ocorrer no estabelecimento de uma relação analítica. Os supervisores de candidatos ansiosos poderiam, às vezes, aprender com as perseguições das sogras hiperativas (visitantes frequentes nas observações de bebês) como não se intrometer de maneira muito prestativa entre o par inexperiente e como encontrar uma postura que apoie e não prejudique o analista iniciante.

Através da discussão sobre diferentes mães e bebês, podemos ver o quanto não apenas as mães, mas também os bebês diferem em temperamento; o quanto, de fato, certos bebês são capazes de fazer por si próprios para conter a ansiedade; quão bem os outros podem ser capazes de transmitir as suas necessidades e responder de forma gratificante quando estas são satisfeitas, revelando assim as qualidades

maternais latentes na mãe. Por outro lado, há aqueles que parecem ter um temperamento difícil desde o nascimento e tendem a ser descontentes, exigentes e tirânicos de maneiras que exigem reflexão e tolerância infinitas de uma mãe que pode ou não aprender a desenvolver essas qualidades em si mesma.

Estas considerações também se aplicam à relação paciente-analista. Há alguns pacientes cujo desejo de desenvolver-se e de se familiarizar mais com a verdade sobre si mesmos é tão forte que são capazes de realizar grande parte do trabalho desde o início da análise; há outros que sabotam continuamente o trabalho que lhes é feito e são infinitamente mais exigentes nas suas exigências.

Darei agora dois exemplos: o primeiro, da observação de um bebê durante um período de quatorze meses; o segundo, do material de um jovem que esteve em análise por quase quinze meses. Esses trechos são apresentados na esperança de transmitir como um contexto de observação infantil pode ajudar a formar uma imagem da configuração infantil na transferência.

William é o primeiro bebê (14 meses), filho de um jovem casal que tem grande interesse em seu desenvolvimento. Ele foi amamentado, sugando com vontade desde o início. Houve um breve distúrbio quando ele tinha três ou quatro semanas de idade, quando o suprimento de leite de sua mãe diminuiu devido aos antibióticos que ela recebeu para uma infecção pós-natal tardia. Naquela época, William queria mamar continuamente, acordando com frequência e procurando freneticamente o peito. Isto persistiu mesmo quando a produção de leite foi evidentemente restaurada, até que os pais decidiram que precisavam dormir um pouco e que a alimentação constante não ajudava. Seu pai apenas o abraçou suavemente e o deixou continuar a chorar até adormecer. Depois disso, ele começou a dormir novamente durante a noite. Durante algumas semanas após esta crise, porém, após a alimentação, ele empurrava a língua para a frente entre os lábios, como se quisesse preencher o buraco que havia sido ocupado pelo mamilo.

Seu relacionamento com o peito e com a mãe, à medida que ela passou a ser percebida como um objeto mais completo, era caracterizado

por uma intensidade e envolvimento apaixonados, evidentes também com o pai, em menor grau. Em relação às outras pessoas, ele tendia a demonstrar um interesse amigável, mas mais frio. Por volta dos quatro meses de idade, ele começou, de tempos em tempos, a ter períodos de intensa angústia durante a amamentação, geralmente no final, quando parecia estar sobrecarregado pela percepção de que a amamentação iria terminar. Também, ocasionalmente, após o início da mamada, ele se afastava e parecia repreender o seio, como se estivesse ressentido por ele ter se afastado. Apesar destes períodos, a amamentação continuou por mais quatro meses, de forma muito agradável tanto para ele como para a mãe.

Durante esses segundos quatro meses, William começou a ampliar bastante sua variedade de outros alimentos, provando quase tudo que via seus pais comendo. Para começar, esses outros alimentos eram comidos com grande e indiscriminada avidez, enfiados com o polegar, como se ele fosse ambicioso demais para possuí-los e realmente apreciá-los. Ele abordava os alimentos sólidos como se estivesse determinado a dominar uma tarefa. “Ele acha que tudo vem do polegar”, disse a mãe.

Quando finalmente foi desmamado, ele parecia menos ávido e mais exigente, capaz de apreciar o sabor de diferentes alimentos. A importância de seu polegar havia diminuído e, em vez disso, ocorreu um grande impulso em sua mobilidade e um ímpeto crescente para explorar o ambiente. A sucção do dedo começou a ser substituída por esforços para falar sons. Como consolador nos momentos de angústia e antes de ir para a cama, recorreu a um pequeno edredom que tinha no berço desde o nascimento. Ele enterrava a boca e o rosto nisso, da mesma maneira que costumava enterrar o rosto no peito. Depois de um período intensamente viciado nisso, ele aos poucos parecia estar desistindo, em favor da expansão do relacionamento com as pessoas, mas também da exploração intensa de objetos ao seu redor, principalmente de maçanetas e interruptores de luz. Desde os primeiros meses ele era fascinado pelas luzes acendendo e apagando. Agora ele ficou obcecado em tentar que se movimentassem – por exemplo, que acendesse e apagasse o interruptor, ou que a maçaneta girasse para abrir ou fechar a porta.

Pouco depois de seu primeiro aniversário, houve um período de pequenas doenças na família: resfriados e gripes. Ao mesmo tempo, sua mãe estava mais ocupada do que de costume, tentando terminar um texto que havia começado antes de seu nascimento. William ressentia-se disso, considerava a máquina de escrever uma inimiga, e ele também sofria de um resfriado prolongado. Ficou cada vez mais viciado em seu edredom, exigindo-o o tempo todo, até mesmo no banho. Tornou-se demorado e exigente com a comida pela primeira vez na vida, invulgarmente agitado no sono e visivelmente menos amigável e receptivo às pessoas. Tendia a se apegar à mãe, mas era menos afetuoso e agradecido. Agarrava-se às roupas dela da mesma maneira que enterrava o rosto no edredom, mas muitas vezes preferia o edredom à mamãe ou ao papai. O que importava nele parecia ser a sua suavidade e o fato de poder ser apanhado, largado, colocado em pé, deitado ou atirado fora, mas que estava sempre disponível nas explorações que fazia ao seu ambiente. Ele também começou a se ressentir, às vezes, de ter sua fralda trocada e seu traseiro limpo. “Gritava como se estivesse sendo roubado”, disse sua mãe.

Seus pais começaram a temer que o edredom (um verdadeiro ‘objeto transicional’) estivesse tirando algo de seu relacionamento com as pessoas e decidiram confiná-lo ao seu devido lugar: o berço. No primeiro dia em que foi retirado, William ficou muito chateado, fez birras, comportou-se de maneira lamentável, jogando-se no chão e beijando o tapete e a capa de veludo da cadeira. Depois de alguns dias, com atenção redobrada de sua mãe, ele parecia não o esperar mais e ficou muito feliz por tê-lo apenas em seu berço. Seu sono melhorou e ele tornou-se visivelmente mais amigável com as pessoas novamente, tratando-as menos como meros artigos de mobília entre as outras coisas do mundo que ele estava tão empenhado em explorar. Em suma, o que foi uma regressão bastante marcante a uma relação parte-objeto, centrada em torno do edredom que ele podia controlar e dispensar, foi interrompido.

O Dr. P. é um jovem terapeuta, de quase 30 anos, que começou a análise há cerca de quinze meses, inicialmente com bastante cautela, para ver se isso o ajudaria com seus pacientes. Ele se tornou cada vez

mais envolvido e apreciador do método analítico. É um jovem particularmente inteligente e consciencioso, de personalidade basicamente aberta e amigável, mas com traços obsessivos marcantes. Teve uma educação privilegiada, mas muito moral. Admira seu pai muito bem-sucedido e deseja conscientemente trabalhar bem e honestamente, mas desconfia de sua tendência a ser excessivamente inteligente e pretensioso, a confiar em suas conexões em vez de em seu trabalho para progredir. Isso vem acompanhado de sentimentos de arrependimento por nunca ter obtido a nota máxima em esportes nos quais ele é muito bom, mas não excelente.

O material de sua sessão atualmente gira em torno do iminente feriado de Natal, que o está atingindo bastante este ano. Ele oscila entre o medo de ficar deprimido, apático ou desiludido em relação à sua fé na análise, e o medo de que algo possa acontecer com a analista – ela está resfriada, pode sofrer um acidente de trânsito.

Ele tem cinco sessões por semana. Na quinta-feira, sonhou com três jogadores internacionais de Rugby, um dos quais ele conhece pessoalmente, os outros mais distantes. Eles são todos bons artilheiros, e ele não está na classe deles. Ele fica irritado ao perceber que seu carro terá um M.O.T.³ nas férias de Natal antes de poder ser licenciado novamente. Também está bastante deprimido com as condições de seu quarto no hospital, que é usado como lixão para seus pertences, pois ele passa a maior parte do tempo livre em um apartamento que sua namorada divide com outra garota. Esse material parecia ter o significado transferencial de uma triste comparação entre o pênis e o bumbum incontinente do bebê e o potente (marcador de gols) do papai, que faz bebês e cuida das mamães. Interpretações nessas linhas pareciam-lhe aceitáveis.

No dia seguinte, sexta-feira, ele chegou dizendo que poderia descrever um sonho que acabara de ter, mas que parecia uma tolice fazê-lo sem apresentá-lo e sem aprofundar seu atual estado de espírito. No passado, ele sempre teve prazer e desejo de trazer sonhos, e sempre

3 NT. M. O. T. refere-se ao Ministry of Transport test, ou seja, o teste anual obrigatório de segurança, emissões e condições de circulação (roadworthiness) de veículos no Reino Unido.

sentiu que as sessões nas quais os trouxe foram as mais frutíferas, aquelas em que estive mais perto de ter experiências esclarecedoras sobre si mesmo. Portanto, essa abordagem foi incomum. Ele conseguiu passar a maior parte da sessão falando sobre esse sonho como se estivesse prestes a concretizá-lo, mas dificilmente suportava deixá-lo passar, falando continuamente, mas conseguindo não dizer praticamente nada – pseudo-analisando sua motivação para não o mencionar imediatamente.

A omissão do sonho parecia estar ligada ao material do dia anterior: a humilhação do menino por não ter o status de primeira classe do papai (o pênis e os testículos que poderiam manter a mamãe), tentando evitar novamente essa experiência, despertando a curiosidade na analista para se convencer de que possui algo de valor que não são apenas suas fezes. Enquanto ele continuava a falar de forma desconexa e frustrante, formou-se em minha mente a imagem de um bebê ameaçado de ser desmamado, ainda lutando e inconformado com o reconhecimento de que não é ele o peito e que não tem posse exclusiva do peito; uma criança que aprendeu recentemente a andar, mas que se depara com tristeza e, recorrentemente, com evidências de suas limitações de habilidade; ainda não é um andador como o papai, ou um falador como o papai, que consegue entreter e renovar a mamãe, dar-lhe bebês e realizar serviços que ele não consegue. Este é um bebê que está tão preocupado em tentar possuir e controlar seu objeto que é incapaz de aceitar o que ele tem a oferecer: sentado, por assim dizer, em seu cadeirão, brincando com sua comida, enquanto preocupado em sentar-se no banquinho em seu traseiro; provocando a mãe a dizer: “Vamos trocar sua fralda e tirar suas fezes e então talvez você possa começar a jantar”.

A descrição de seu comportamento em termos metafóricos, algo assim, trouxe uma reação divertida e, por fim, o sonho retido.

O sonho foi o seguinte:

Havia uma criança doente com alguma doença não especificada. Depois de uma conferência, os médicos decidiram que ela precisava de tratamento especial e procuraram um consultor em Melbourne. Quando ele chegou, esse

consultor parecia se tornar ele próprio o paciente em análise. Mas antes de poder prescrever tratamento para a criança, parecia que ele tinha de ir para outra sala – uma sala de seminários – na qual um grupo de médicos e enfermeiras estava sentado em volta de uma mesa, presidida por uma mulher americana que discursava na conferência.

A criança doente estava associada a uma criança sobre a qual foi feita a análise e foi solicitado a enviar um relatório, necessário para a próxima etapa do seu tratamento. Ele atrasou a redação do relatório devido ao ressentimento em relação a um consultor de quem se ressentia por seus modos arrogantes. A americana parecia ser a analista, que ele sabe que é casada com um americano. Presidindo a mesa, ela parecia representar uma figura combinada de mamilo e peito. “Melbourne” provavelmente também tem significado semelhante a “Meltzer”, cujos livros ele está lendo atualmente – uma combinação de pais com quem ele tem que aprender como consultar sobre a criança dentro dele que precisa de tratamento.

Assim, tal como o bebê William diante de sua ansiedade por não poder acender a luz (a análise, o peito), para curar a si próprio e ao seu objeto principal (a mãe do automóvel), e diante de sua competitividade com o pai-pênis e poderes maiores, o Dr. P. estava recuando para uma relação de objeto parcial e substituindo uma experiência no peito por um controle ruminante sobre o que era essencialmente um objeto fecal sem sentido.

A experiência de ouvir as observações do bebê William – quase tão velho quanto a idade analítica do Dr. P. – foi útil na abordagem desse material analítico. Como já foi dito, esses dois exemplos foram escolhidos, quase aleatoriamente, para sugerir como se pode descobrir que a observação infantil pode ajudar a discernir e formar uma imagem vívida do comportamento infantil no consultório.

La contribución de la observación de la interacción madre-bebé a la formación del psicoanalista.

Resumen: En este trabajo, la autora discute la importancia de la observación sistemática de la díada madre-bebé como herramienta formativa en el psicoanálisis. La autora sostiene que esta práctica favorece significativamente el desarrollo de la escucha analítica, la sensibilidad contra transferencial y la capacidad de contener emociones primitivas. A través de ejemplos clínicos, muestra cómo la observación enriquece la comprensión de la transferencia y de los estados infantiles en el encuadre analítico. Propone que esta experiencia ayuda al analista a lidiar con la incertidumbre, promoviendo una escucha más empática e integrada.

Palabras clave: observación madre-bebé, formación psicoanalítica, transferencia, contratransferencia

The contribution of observation of mother-infant interaction and development to the equipment of a psychoanalyst

Abstract: In this work, the author discusses the importance of systematic observation of the mother-baby dyad as a formative tool in psychoanalysis. The author argues that this practice significantly enhances the development of analytic listening, countertransference sensitivity, and the ability to contain primitive emotions. Through clinical examples, she shows how observation enriches the understanding of transference and infantile states in the analytic setting. She proposes that this experience helps the analyst manage uncertainty, fostering more empathetic and integrated listening.

Keywords: mother-baby observation, psychoanalytic training, transference, countertransference

Tradução de Marisa Pelella Mélega