

D.M.
BOAV. 1

**INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA
APLICADA**

**MESTRADO EM PSICOPATOLOGIA E
PSICOLOGIA CLÍNICA**

**DE SCHREBER AOS
CONCEITOS α E β**

**Contribuições da psicanálise para
a compreensão da psicose**

Ref. 9074

Instituto Superior de Psicologia Aplicada
BIBLIOTECA

Orientador: Professor Doutor Carlos Amaral Dias



MARIA DA CONCEIÇÃO ALMEIDA BOAVIDA

**DE SCHREBER AOS
CONCEITOS α E β**

**Contribuições da psicanálise para
a compreensão da psicose**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE
PSICOPATOLOGIA E PSICOLOGIA
CLÍNICA**

Para o João
Para o Miguel
pelas horas de paciência
em que esperaram pela mãe

INDICE

1ª Parte

1. Introdução	3
2. A psicose na perspectiva psiquiátrica	6
3. Compreensão histórica do tratamento da psicose através da psicanálise	19
4. O caso Schreber - marco fundamental na compreensão da psicose	37

2ª Parte

5. Mecanismos de defesa predominantes no funcionamento mental psicótico a partir das conceptualizações de Melanie Klein	
5.1. A psicose como fixação na posição esquizoparanóide	60
5.2. Projecção	72
5.3. Introjecção	75
5.4. Negação	81
5.5. Idealização	84
5.6. Divisão / Clivagem	87
5.7. Identificação projectiva	102
5.8. Onnipotência	116
5.9. Inveja / pulsão agressiva	121
6. O funcionamento mental psicótico	131
6.1. Delírio	149
6.2. Alucinação	162

3ª Parte

7. <i>A grade de Bion</i> : Instrumento clínico de registo e notação do funcionamento mental	168
7.1. Entrevista clínica de um paciente psicótico, codificada segundo elementos da grade.	188
7.2. Representação dos dados da entrevista em gráfico de dupla entrada	204
8. Conclusões	213
9. Bibliografia	217

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho refere-se a uma revisão da literatura sobre a compreensão psicanalítica da "psicose".

Embora a psicanálise tenha de início focalizado a sua intervenção nas neuroses, neuroses de carácter e nas perversões, tem vindo a ocorrer um alargamento progressivo na técnica psicanalítica para que possa ser aplicada a certos casos seleccionados e diagnosticados como psicóticos.

Freud contribuiu de forma decisiva para a compreensão psicopatológica destes doentes, mas foi sempre bastante reticente no que diz respeito ao seu tratamento, por considerar que não estabeleciam relação transferencial pela descategorização das representações de objecto e pelas tentativas de recuperação da realidade perdida, evidenciável nomeadamente através da formação do delírio e da alucinação.

Melanie Klein foi a pioneira no tratamento psicanalítico das psicoses, pela conceptualização das relações de objecto psicóticas e dos mecanismos de funcionamento mental destes pacientes.

Dentro do grupo Kleiniano destacamos de uma forma particular a investigação científica enriquecedora de **Wilfred Bion**.

A selecção da abundante literatura existente foi orientada pelo **Prof. Amaral Dias**, que me deu a conhecer Bion e me estimulou na leitura da sua obra, a quem agradeço a disponibilidade, estímulo, atenção, interesse e colaboração.

A revisão bibliográfica, bem como o estudo realizado, teve sempre como motivação subjacente o aprofundamento do processo terapêutico e de intervenção clínica.

Dividimos o trabalho em três partes principais:

- 1º Percurso histórico da compreensão da psicose centrada na transferência e o caso Schreber como marco fundamental nesta área na obra de Freud.
- 2º Funcionamento mental psicótico e os mecanismos predominantes subjacentes
- 3º Apresentação de uma entrevista clínica de um doente psicótico, a que se aplicou a grade de Bion para notação e análise do funcionamento mental.

2. A psicose na perspectiva psiquiátrica

Segundo *Pichot* (1983) o termo PSICOSE foi criado por Feuchtersleben (1845), médico austríaco integrante da chamada escola dos psicologistas alemães, por contraposição ao de «neurose» (Cullen, 1785), que tinha uma conotação fundamentalmente etiológica. Era sinónimo genérico de perturbação mental, do âmbito da psiquiatria, ao contrário da neurose que integrava múltiplas entidades abordáveis pela clínica geral e, posteriormente, pela neurologia.

Ambos os conceitos foram tendo vários desenvolvimentos, que nas classificações actuais internacionalmente mais cotadas (Organização Mundial de Saúde - OMS - e Associação Americana de Psiquiatria - APA) se têm traduzido por definições de compromisso ou muito genéricas.

Esta circunstância não impede que habitualmente se considere o início da psiquiatria moderna coincidente com a proposta de uma nosologia coerente, particularmente para as entidades clínicas que ainda hoje são as mais relevantes no grupo das psicoses.

O seu autor foi *KRAEPELIN* (1856 / 1926) que, ao dar primazia à observação e ao empirismo clínicos, procurou perceber a história natural das doenças mentais, prescindindo da etiopatogenia e da terapêutica. É com a publicação da 6ª edição do seu tratado (1899) que precisa o conceito de «*DEMENTIA PRAECOX*» como doença única que evolui para a «fraqueza psíquica» e onde distinguiu três formas - hebefrénica, catatónica e paranoide.

Em qualquer circunstância esta entidade opunha-se à «loucura maniaco-depressiva». Contrariamente ao que é comumente considerado, Kraepelin, em 1913, verifica que a evolução (dramática) era variável, postulando que em 8% dos hebefrénicos e em 13% dos catatónicos «parecia dar-se a cura».

A atitude sobretudo descritiva de factos clínicos, em que é acompanhado pelo francês Magnan, levam alguns a considerá-los, de modo abusivo, como aderentes da «psiquiatria sem psicologia». Em contraponto, pela mesma época, desenvolve-se um movimento que encara as perturbações mentais sobretudo numa perspectiva psicológica. É assim que, para Pichot (1983), nasce a psicopatologia como ramo autónomo da psiquiatria, tendo como paradigmas Ribot em França, Eugen Bleuler na Suíça e sobretudo Jaspers na Alemanha.

E. BLEULER (1857/1939) «... fazendo a aplicação das ideias de Freud à «dementia praecox», numa monografia publicada em 1911 («Dementia praecox oder gruppe der schizophrenie»), considera que «... a dissociação (spaltung) das mais diversas funções mentais é uma das principais características desta entidade», de onde a sua proposta de mudança da designação para «ESQUIZOFRENIA» (pensamento cindido)». Em simultâneo reparte a constelação sintomática em duas dicotomias:

a) uma, em que se opõem os «sintomas duradouros ou fundamentais» («que estão sempre presentes e em todos os casos») aos «sintomas acessórios» («que podem não aparecer em certos momentos e mesmo durante toda a evolução de um caso»);

b) outra, onde se contrapõem «sintomas primários» («que nascem directamente do processo patológico») a «sintomas secundários» («que têm a sua origem apenas na reacção do psiquismo doente»).

Os fundamentais integram as perturbações conhecidas como os «4 Ás» - Afectividade, Associações, Ambivalência e as perturbações das funções complementares que decorrem sobretudo «da atitude para com a realidade» e que designa por Autismo, assinalando que «é aproximadamente semelhante ao que Freud denominou por auto-erotismo» e exprimindo «... no essencial, do

lado positivo, o que Janet designa negativamente como perda do sentido da realidade». Os sintomas acessórios são numerosos, englobando alucinações, ideias delirantes, alterações de personalidade, catatonia e sintomas agudos.

Em 1930 propõe uma quarta variante de esquizofrenia - a simples.

Na perspectiva de Pichot (1983, pp 109 / 110), muito provavelmente por ter integrado as perspectivas freudianas, a sua obra fundamental permanece cerca de meio século apenas disponível em língua alemã, mas «... influenciado por Janet, Jung e Freud, deu um impulso à perspectiva psicopatológica no estudo das psicoses, que irá marcar a psiquiatria nas décadas seguintes».

Entretanto **JASPERS** (1883 / 1969) na sua «Psicopatologia Geral» (1913) avança uma doutrina metodológica, começando por tratar das «manifestações subjectivas da vida psíquica patológica» que, no dizer de Pichot (1983, p. 107), «... constituem a «fenomenologia» dos «sintomas e manifestações objectivas da vida psíquica» que formam a «psicopatologia objectiva» das «relações objectivas» e das «relações causais», objectos respectivamente da «psicopatologia da compreensão» e da «psicopatologia explicativa». O elemento central está contido na oposição de categorias entre «relações causais e relações compreensíveis» a que «...correspondem duas categorias de perturbações mentais, as perturbações processuais e os desenvolvimentos. Nas primeiras, a intervenção de um «processo» corta a continuidade na vida psíquica tornando, por conseguinte, impossível a «compreensão» mas, em contrapartida, a «explicação» é possível. Os desenvolvimentos, pelo contrário, são acessíveis à «compreensão» ».

Em termos cronológicos salienta-se depois **K. SCHNEIDER** (1887 / 1967), recuperado nas últimas décadas pela psiquiatria americana. Enfatizando, como regista Pichot (pp. 126/130), a importância do diagnóstico para o

prognóstico, tratamento e avaliação, lembra que aquele visa o «como» (forma) e não o «quê» (tema, conteúdo), uma vez que este dá apenas uma perspectiva parcelar da vida mental - o biográfico. Assumido como discípulo de Jaspers, considera existirem duas categorias irreduzíveis de manifestações:

a) as «anormalidades psíquicas», desvios estatísticos do «normal» a que se unem por meio de transições insensíveis, com três categorias respeitantes às «disposições intelectuais», às «personalidades» e às «reações ao acontecimento vivido»;

b) as «consequências de doenças (e de malformações)», «doenças» para as quais admite o «postulado somatogéneo», segundo o qual a origem é sempre somática, ainda que nem sempre conheçamos a causa, o que obriga a uma classificação dupla: somatológica/etiológica e psicológica/sintomática. Nas «doenças» existem três grandes grupos:

- «psicoses de etiologia corporal demonstrável» com duas variedades psicopatológicas, agudas e crónicas;

- a psicofrenia,

- a esquizofrenia.

Se as primeiras têm causas, por definição, conhecidas, para as duas últimas aplica-se o «postulado somatogéneo».

Esquemáticamente Schneider considera:

a) «O diagnóstico psiquiátrico baseia-se fundamentalmente ... no quadro patológico e não na evolução»;

b) existe descontinuidade qualitativa radical entre as «anormalidades psíquicas» (personalidades psicopáticas e reações ao acontecimento vivido) e

as psicoses endógenas, com uma diferença nítida entre esquizofrenia e ciclofrenia;

c) a base do diagnóstico entre personalidade/reacção e psicose é a «continuidade de sentido do desenvolvimento vital»;

d) para completar este critério oriundo de Dilthey e de Jaspers e para distinguir esquizofrenia e ciclofrenia, descreve sinais concretos. Uns, patognomónicos, são os «sintomas de primeira ordem», que na esquizofrenia diferem tanto dos «fundamentais» como dos «primários» de Bleuler, considerando os primeiros vagos e impossíveis de definir e os segundos assentes numa teoria patogénica contestável e sem interesse de diagnóstico. Os outros, de «segunda ordem», embora úteis permanecem acessórios. Na ciclofrenia o único que tem quase o carácter de «sintoma de primeira ordem» é o «carácter vital da perturbação do humor», conceito, como recorda Pichot (p.103), «derivado da fenomenologia das emoções de Marx Scheler».

Na esquizofrenia os «sintomas de primeira ordem» integram o eco do pensamento, alucinações auditivas que comentam o comportamento do sujeito, alucinações somáticas, controle do pensamento, difusão do pensamento, influenciamento do pensamento e ideias delirantes. Os de «segunda ordem» incluem outras formas alucinatórias, perplexidade, distúrbios afectivos e embotamento emocional.

À perspectiva endógena de Kurt Schneider e da Escola de Heidelberg, bem como em França às de Clérambault e de Guirand, opôs-se na Alemanha **KRETSCHMER** (1888 / 1964). Personagem original (e por isso muito criticado), foi o único catedrático alemão da época favorável à psicanálise. É particularmente conhecido pela tipologia, onde começou por opor a morfologia «pícnica» dos maníaco-depressivos à «leptossómica» dos esquizofrénicos, a

que juntou depois a dos somaticamente «atléticos» que caracterizaria os epiléticos. A morfologia seria a expressão da «constituição», sendo a respectiva correlação psicológica tão comum nas personalidades normais como nas patológicas. Para Kretschmer haveria pois, entre as duas vertentes, uma diferença quantitativa no âmbito de uma variação contínua.

Mas é sobretudo através do «Delírio sensitivo de relação» (1919) que abre caminho a uma perspectiva diagnóstica multidimensional (que depois alargará às neuroses) e sobretudo a uma compreensão do delírio, que o mesmo é dizer de uma concepção psicogenética das psicoses, em oposição à endogeneidade processual, princípio inquestionável dos seus contemporâneos. De facto, nas suas próprias palavras, o delírio é «a expressão intensificada e compreensível de uma personalidade e do seu desenvolvimento vital».

Aliás também **Adolf MEYER** (1866 / 1950), nos E.U.A., foi defensor de uma abordagem pluralista da psiquiatria, vendo na esquizofrenia (que propôs se designasse de parergasia) a consequência de uma combinação histórica individual de factores físicos, psicológicos e sociais. Vem da sua grande influência a atitude antinosológica da escola americana.

Ainda na perspectiva compreensiva das psicoses (contrariada, como se diz antes, por Schneider) nasce nos países escandinavos uma outra que fez escola. Em 1916 **WIMMER** descreve as «psicoses psicogénicas», consequentes a um traumatismo psicológico em pessoas com predisposição psicopática, com evolução geralmente favorável e aspectos clínicos vários. Num âmbito próximo mas mais relacionado com a esquizofrenia, **LANGFELDT**, em 1939, descreve a «psicose esquizofreniforme».

Para ambos os autores existirá um *núcleo processual* - a «demência praecox» de Kraepelin - diferenciável de *estados periféricos*, com etiologia e prognóstico diferenciáveis.

É de registar também a contribuição do alemão **LEONHARD** (1960), subscrita por outros como **Fish** (1964), nas *psicoses atípicas*, em que propôs se distinguíssem as *ciclóides* e as *esquizofrenias atípicas*.

Estas perspectivas são apreciavelmente concordantes com vários trabalhos recentes, metodologicamente irrepreensíveis, no âmbito da psicopatologia, genética, neurofisiologia e epidemiologia (Xavier, 1994).

No que se refere aos *modelos etiopatogénicos*, na vertente *genética* registam-se os seguintes dados:

- Peso Familiar - risco médio 9,7 vezes superior ao normal (Kendler, 1993);
- Gémeos - discordância entre monozigotos (48,4%) e dizigotos (3,6%);
- Adoptados - maior prevalência de doença nos pais biológicos do que nos adoptivos (Ketty, 1987).

Quanto aos modelos consideram-se três alternativas:

- Gene único impossível, já que não tem carácter mendeliano;
- Oligogénico, Poligénico - por comprovar;
- «Liability-threshold» - herança de vulnerabilidade não a uma doença mas a um espectro de doenças (Gottesman, 1987).

Perante estes elementos, questões há que persistem, nomeadamente:

- por que razão a taxa de concordância entre monozigotos tem sido sempre inferior a 50% (Kendler, 1993);
- que conclusão tirar da inconclusividade de todos os estudos de «linkage», nomeadamente dos receptores de dopamina - neurotransmissor bloqueado por todos os antipsicóticos (Sabaté, 1993);
- como explicar as diferenças fenotípicas da esquizofrenia nos dois sexos (Crow, 1994);
- por que motivo os genes se mantêm (Crow, 1994).

Quanto aos *factores perinatais*, consideremos:

- Dados:

- vários estudos mostram um risco maior para os nascidos entre Fevereiro e Abril, com correspondência no hemisfério sul (Kirch, 1993);
- não foi confirmada a hipótese (Sham, 1992) de risco aumentado (1,4%) em caso de infecção materna por « Influenza» durante a gravidez (Crow, 1992);
- não se confirmou a hipótese, proposta por Callaghan (1992), de risco aumentado após traumatismo obstétrico (Buka, 1993).

- Modelos:

- as infecções durante a gestação estariam implicadas na génese da esquizofrenia, quer através de mecanismo directo quer indirecto (por ex. imunológico);
- os traumatismos obstétricos poderiam predispor a um maior risco.
- Questões por responder :
- não identificação de diferenças epidemiológicas entre países com sistemas de saúde distintos (Crow,1994);
- em gémeos monozigotos discordantes os doentes apresentam, significativamente, mais antecedentes de acidentes obstétricos e de baixo peso à nascença (Lewis,1994).

No que concerne aos *modelos integrativos* consideremos a contribuição de **Robin MURRAY** através do «Neurodevelopmental Approach to the Classification of Schizophrenia» (1992), onde identifica como pontos de partida:

- análise crítica dos limites do conceito de esquizofrenia - Kraeplin, Bleuler e Schneider;
- ausência de especificidade dos sintomas de primeira ordem;
- risco de distúrbio afectivo nos familiares de esquizofrénicos;
- integração dos dados das neurociências;
- evolução na esquizofrenia e nos distúrbios afectivos.

Na formulação considera a esquizofrenia dividida em três grupos distintos:

1 -ESQUIZOFRENIA CONGÉNITA :

- presente, ainda que silenciosa, no nascimento;
- resultante de alteração genética e ou ambiental, responsável por alterações neuropatológicas, como diminuição do volume do córtex temporal e não migração neuronal localizada;
- associada a MPA (alterações físicas mínimas, ectodérmicas);
- associada a problemas psíquicos na infância e adolescência;
- com apresentação clínica correspondente à Dementia Praecox (Kraepelin) : mais comum no sexo masculino, início precoce, sintomas negativos importantes, pior prognóstico, deterioração mais rápida.

2 - ESQUIZOFRENIA COM INÍCIO NA IDADE ADULTA :

- ausência de antecedentes na infância e adolescência;
- geneticamente pertencente a um espectro que engloba igualmente os distúrbios afectivos e esquizo-afectivos ;
- muito menor evidência de alterações neuropatológicas e imagiológicas do que no grupo anterior ;
- não associada a MPA ;
- apresentação clínica distinta : sem prevalência de sexo, início mais tardio, sintomas afectivos mais frequentes, melhor prognóstico, taxa de recuperação mais elevada, deterioração mais lenta, melhor resposta à terapêutica farmacológica.

3 - ESQUIZOFRENIA TARDIA :

- etiologia congénita altamente improvável ;

- familiares com altas taxas de distúrbios afectivos;
- antecedentes de personalidade com raríssima evidência de esquizoidia;
- predomínio claro de sintomatologia produtiva;
- deterioração de personalidade muito pouco evidente.

Entretanto consideremos o que é proposto nas classificações nosológicas psiquiátricas mais recentes e mais consensuais, embora inevitavelmente elaboradas numa perspectiva de compromisso entre várias perspectivas conceptuais.

Na 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças da O.M.S. (C.I.D. 10, draft de 1988) o termo *psicótico* é usado apenas para «indicar a presença de alucinações ou ideias delirantes ou um número limitado de comportamentos claramente anormais, como excitação acentuada e hiperactividade, isolamento social grave e prolongado não decorrente de depressão. As entidades clínicas consideradas integram a secção F2, designada «Esquizofrenia e Distúrbios Esquizotípico e Delirantes», do capítulo «Distúrbios Mentais, Comportamentais e de Desenvolvimento», em que se destacam a Esquizofrenia (F20), Distúrbios Esquizotípico (F21), Delirantes Persistentes (F22), Psicóticos Agudos e Transitórios (23), Delirantes Induzidos (F24), Esquizo-afectivos (F25), Outros Psicóticos Não Orgânicos (F2) e Psicoses Não Orgânicas Inespecíficas (F29).

Finalmente a 3ª edição, Revista, do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais da Associação Americana de Psiquiatria (D.S.M.-III-R), considera que *psicótico* é o «Termo que indica insuficiência grave na prova

da realidade e a criação de uma nova realidade. Pode usar-se para descrever o comportamento de um indivíduo num certo momento, ou uma perturbação mental, na qual, nalguma fase da sua evolução, todos os indivíduos com essa perturbação são psicóticos. Quando o indivíduo é psicótico avalia incorrectamente a exactidão das suas percepções e pensamentos e faz inferências incorrectas acerca da realidade externa, mesmo perante evidência em contrário ...». No capítulo «Esquizofrenia» é referido como característico a presença de sintomas psicóticos típicos durante a fase activa, um nível de funcionamento inferior ao previamente atingido e uma duração de pelo menos seis meses. Apresenta-se como podendo ser de tipo catatónico ou desorganizado ou paranoide ou indiferenciado ou residual.

**3. COMPREENSÃO HISTÓRICA DO TRATAMENTO
DA PSICOSE ATRAVÉS DA PSICANÁLISE**

Nos últimos 50 anos a compreensão psicanalítica das psicoses evoluiu com mudanças consideráveis, não existindo actualmente uma teoria unificadora; nem da psicopatologia, nem da técnica, nem do tratamento desta entidade. Muitos analistas que trabalham com psicóticos necessitaram de alterar de uma forma considerável a técnica que Freud desenvolveu para os neuróticos.

É possível clarificar o método no tratamento de psicóticos se tentarmos investigar a psicopatologia em vez de nos concentrarmos na melhoria de sintomas.

Freud contribuiu mais para a compreensão psicopatológica da psicose do que para o seu tratamento, em que só ocasionalmente tinha sucesso.

Foi sempre muito pessimista no tratamento das neuroses narcísicas, nos funcionamentos paranóides e nas melancolias graves, por não serem passíveis da relação de transferência. Em 1916 escreve "Estes pacientes rejeitam o médico, não com hostilidade mas com indiferença. Por esta razão não se deixam influenciar por ele; o que este lhes diz deixa-os frios, não se impressionam. Consequentemente o mecanismo de cura que nós utilizamos com outros pacientes não operam nestes".

Em 1933, no artigo sobre "Limites do tratamento analítico. Análise terminável e interminável", reforça esta ideia, considerando que a transferência é impossível, por os pacientes terem abandonado os seus objectos catexizados e a parte libidinal ter sido transformada em Eu libidinal.

Em 1940, em "O esboço da psicanálise", Freud retoma esta discussão, agora compreendida à luz da psicologia do Eu. Explica que o psicanalista tem que descobrir no Eu (saudável) do paciente um aliado, de forma a que esta parte do Eu possa ser consolidada. Escreve: "Mesmo nos distúrbios agudos psicóticos permanece escondido, em qualquer canto da mente do paciente, uma pessoa normal".

Pela 1ª vez postula o conceito da clivagem. Estes doentes possuem um funcionamento mental que é duplo e onde coexistem:

- um, normal, que lida com a realidade;
- outro que sofre a influência das pulsões inconscientes e retira o Eu da realidade.

A evolução depende da força relativa de cada um. Se o 2º é ou se torna o mais forte, temos a pré-condição necessária para a psicose. Se a relação entre ambos é contida, pode ocorrer uma cura aparente do funcionamento delirante.

Freud nunca aplicou esta concepção no tratamento dos psicóticos. Continuou sempre muito pessimista, fundamentando a incurabilidade da psicose pela psicanálise em 4 pressupostos:

1. Não estabelecem uma relação de transferência.
2. Apresentam rigidez extrema na resistência a qualquer mudança, tal como nos funcionamentos narcísicos.

3. O psicótico desenvolve um processo onipotente em que, por exemplo através dos delírios e das alucinações, tenta restaurar e recuperar os objectos do mundo externo.

4. Não há um Eu capaz de cooperar com o tratamento, há um Eu deficiente, que embora clivado, não é passível de ser mobilizado.

O conflito principal na psicose é o conflito entre o Eu e a realidade.

Neste contexto afigura-se essencial comparar as conclusões de Freud com a experiência de outros analistas, principalmente no que diz respeito à relação de transferência.

Antes de 1935 poucos analistas trataram psicóticos, baseados no pressuposto do narcisismo patológico destes doentes.

Em 1912, **Karl Abraham** trouxe contribuições importantes no tratamento das psicoses, sobretudo nos *estados maníaco-depressivos*, em que foi possível estabelecer uma *transferência com o analista* para além da força do seu narcisismo. Na sua investigação clínica confirma que alguns destes pacientes têm a capacidade para responder às interpretações e às atitudes negativas em relação a certas pessoas, na sequência das quais o seu grau de irritabilidade diminui de uma forma significativa em relação ao mundo externo.

Psicanalistas como **Waldler, Clark, Stern, Cohn** de 1933 a 1940, examinaram o *fenómeno da transferência narcísica* em grande detalhe.

Referem que nestes pacientes há uma séria dificuldade em distinguir entre o subjectivo e o objectivo, originado no problema da projecção.

A importância do mecanismo da projecção e da difícil distinção entre o sujeito e o objecto, foi confirmado e elaborada por psicanalistas posteriores em pacientes narcísicos.

Bullard, Federn, Fromm-Reichman, descreveram a transferência intensa no tratamento dos psicóticos.

Bullard (1940) diz haver *uma tendência profunda para a transferência* que em certo sentido é semelhante à dos neuróticos, mas tão intensa e tão cuidadosamente escondida pela máscara da indiferença e suspeita hostil que leva alguns analistas a pensar ser impossível analisar psicóticos.

Ainda em 1960 **Bullard** descreve com detalhe a abordagem psicanalítica de *doentes paranóides graves* em internamento hospitalar. Postula que o seu tratamento deve começar pela aceitação das atitudes paranóides e não pela tentativa de criar uma transferência positiva artificial, que levaria à ruptura da terapia.

Melanie Klein vai, posteriormente, abordar pela primeira vez os processos de clivagem do Eu, que vieram dar resposta a algumas dúvidas formuladas por Freud.

Será com **Federn, Katan, Bion e Rosenfeld**, que se dá um avanço significativo na compreensão desta patologia, ao conceptualizarem a *"divisão" da personalidade numa parte psicótica e outra não psicótica*, que desenvolvemos detalhadamente em capítulos posteriores.

Federn (1943) tratou psicóticos e trouxe-nos contribuições importantes para a psicoterapia psicanalítica da psicose - a psicose permite a

transferência, mas como esta é *instável* carece de uma *metodologia diferente* das neuroses, a saber:

1. São capazes de transferência.
2. Uma parte do Eu tem insight sobre o funcionamento anormal (toma conhecimento mas não é um factor constante).
3. Há uma parte da personalidade que se mantém orientada para a realidade.

O psicótico é ávido no estabelecimento da transferência, tanto na parte saudável como na parte perturbada do Eu.

Escreve a propósito: " A transferência da parte psicótica da personalidade é perigosa e tanto pode originar agressividade e destruição como deificação do objecto. Tanto a agressão como a deificação podem levar ao fim do contacto com o analista, em virtude de medos muito profundos. "

Comparando o tratamento dos neuróticos e dos psicóticos, Federn diz que *nos psicóticos as resistências normais romperam e têm de ser restabelecidas pela psicanálise, que deve, através mais precisamente da técnica psicanalítica usual:*

1. Abandonar a associação livre.
2. Abandonar a análise da transferência positiva.

3. Abandonar a tendência para a transferência neurótica, porque esta quando é conseguida evolui para uma transformação psicótica em que o analista se torna perseguidor.

4. Abandonar a análise das resistências, que se devem manter reprimidas

5. Não se deve mexer nas fobias que protegem de medos e conflitos mais precoces

6. Na psicose a repressão não deve ser incrementada.

No tratamento psicanalítico da psicose *o mais importante é o estabelecimento de transferência positiva*, que nunca deve ser dissolvida pelo analista. Quando a transferência se torna negativa deve-se interromper o tratamento. Postula que na psicoterapia institucional o tratamento deve ser em co-terapia, de preferência com uma mulher, que faz o "prise en charge" dos pacientes entre as sessões e particularmente nos períodos de transferência negativa.

A dado passo afirma: "O psicanalista compartilha e aceita no psicótico as falsificações da realidade. Compartilha da sua tristeza e receios e é nesta base que pensa com o paciente . Quando o paciente está convencido disto, entende e aceita o analista quando este lhe apresenta a realidade verdadeira em oposição à falsa (delírio). Então confronta o doente com a sua frustração actual, tristeza ou apreensão, e liga-as aos medos, conflitos e frustrações mais profundas do paciente".

Um factor importante na técnica de Federn é a *educação intencional do paciente em conexão com as mudanças e os limites do Eu. A perda da realidade é uma consequência e não a causa da deficiência psicótica.*

Federn centra o método do tratamento na repressão das produções psicóticas que invadiram a personalidade do paciente. Assim, tenta ajudar o paciente a separar-se e negar as partes psicóticas do Self que temporariamente invadiram a parte mais saudável.

A partir de 1935 a esquizofrenia passou a interessar mais significativamente os psicanalistas. Nos E.U.A. este trabalho foi desenvolvido por **Harry Sullivan** e na Inglaterra por **Melanie Klein**.

Sullivan estudou as relações inter-pessoais do doente esquizofrénico, criando uma unidade de psicoterapia no Sheppard and Enoch Pratt Hospital.

Demonstrou que mesmo os doentes esquizofrénicos profundos *respondiam ao tratamento de grupo*, onde todos os trabalhadores - médicos, enfermeiros e monitores - ajudavam o esquizofrénico na reorientação para relações inter-pessoais. Muitos dos pacientes recuperaram neste "setting" e puderam ter alta.

Frieda Fromm Reichman desenvolveu durante 20 anos o tratamento de esquizofrénicos graves inicialmente usando a técnica de Sullivan que foi modificando à medida que os tratava.

Para ela, o paciente que desenvolveu uma esquizofrenia foi *gravemente traumatizado no período precoce* em que, como criança, vivia no

sentimento de grandiosidade, num mundo narcísico próprio, em sentia que o que desejava era prontamente respondido como resultado de um pensamento mágico. A experiência traumática precoce *reduz o período de segurança narcísica*, o que torna o *esquizofrênico particularmente sensível às frustrações da vida*. É por isso que o paciente se evade da realidade insuportável, restabelecendo o mundo delirante autístico da sua infância.

Em **1945 Fromm-Reichman** examinou o efeito devastador da hostilidade esquizofrênica sobre a personalidade do próprio paciente e associa-a a estudos de autismo e repressão parcial. Isso levou-a a uma reformulação terapeuticamente útil da ansiedade nestes doentes, como resultado do conflito humano universal entre a dependência e a hostilidade, que é muito intensa na psicose.

No seu artigo " *Psychotherapy of Schizophrenia*" (1954) salienta a *importância da parte não psicótica da personalidade*, a parte adulta, mesmo que rudimentar em certos pacientes gravemente perturbados.

É interessante que F.F. Reichman tenha conseguido corrigir alguns aspectos da técnica no tratamento da esquizofrenia, ao tornar-se numa espécie de mãe ideal para estes doentes regredidos. Em trabalhos posteriores dedicou-se a *examinar os conflitos e as produções psicóticas na situação de transferência*, o que aproxima o seu trabalho, sob muitos aspectos, das pesquisas realizadas por analistas em Inglaterra (Segal, Bion, Rosenfeld e outros).

Searls, outro membro do grupo de analistas de Washington, deu contribuições muito detalhadas no tratamento destes doentes, trabalhando mais de treze anos no Chestnut Lodge Sanatorium.

Alguns dos seus artigos, tais como "Dependency Process in the Psychotherapy of Schizo" (1955), foram escritos em estreita colaboração com F.F. Reichman. Naquele salienta que *as dificuldades na situação de transferência manifestam-se através das projecções*. O analista é vivenciado como hostil e rejeitador, em virtude da frustração e da raiva do próprio doente, significando a resistência contra a dependência das fantasias de onipotência. O doente defende-se, dessa dependência, por meio da projecção das suas necessidades de dependência para dentro do analista. Em consequência, teme as exigências do terapeuta sobre si e torna-se competitivo e desdenhoso.

Num artigo posterior (1963), Searls considera o problema da transferência de forma mais detalhada. Acredita que a transferência do esquizofrênico é indicativa de uma organização do Eu, muito primitiva, comparável à que domina a criança pequena que vive num mundo de objectos parciais.

Descreveu três *tarefas que o terapeuta deve executar*.

1- *"Funcionar como uma parte do paciente"*

2- *Promover a individuação do paciente para fora desse nível de relacionamento*, o nível que foi descrito pelos analistas Kleinianos como a fase da transferência dominada pela identificação projectiva por parte do paciente.

3- *Discernir e fazer interpretações relativas ao objecto total, agora diferenciado e integrado pelo paciente. Aos poucos a psicose de transferência transforma-se em neurose de transferência.*

Searls examinou a *transferência psicótica*, dando relevo à *importância da projecção, da identificação projectiva, bem como da concretude dos processos de pensamento que acarretam dificuldades de manejo.*

Vários psicanalistas (como Rosenfeld e Bion) discordam de Searls no que diz respeito à fase inicial da análise dos psicóticos. Este achava que o analista devia entrar em *transferência simbiótica*, como um estado de dependência mútua, no qual o analista se sente tão dependente do paciente quanto este dele, paciente que expressa frequentemente e com bastante liberdade sentimentos de amor e ódio.

Searls *não lidava com os sentimentos contra-transferenciais e não analisava os conflitos*, tão importantes no psicótico, como: a dificuldade que este tem de depender de um adulto, que então é considerado superior, bem como o seu ressentimento e as suas tentativas de intervir na relação filho - genitor ou de seduzir o analista, colocando-o numa posição mutuamente dependente, ou expulsá-lo do seu papel legítimo. *Esta actuação, em vez de levar a um fortalecimento do Eu, aumentava a sua fragilidade.*

As contribuições nesta área foram muito estimulantes para a evolução na técnica de psicanalistas pós-Kleinianos, sendo quase impossível comentar e referir todas essas contribuições para o tratamento da psicose.

Voltando novamente à história do tratamento psicanalítico destes pacientes em Inglaterra, temos que considerar como prioritário o trabalho

pioneiro de **Melanie Klein** em que, através da análise de crianças e adultos seriamente perturbados, investigou os níveis infantis mais primitivos do desenvolvimento. Entre 1935 e 1946 descreveu com detalhe as *relações objectais* e os *mecanismos de defesa* das duas fases do desenvolvimento normal, a que chamou de "*posição esquizoparanóide*" e de "*posição depressiva*".

A *posição esquizoparanóide* compreende os primeiros quatro a seis meses de vida, a que se segue a depressiva. A elaboração dessas posições estende-se pelos primeiros anos de vida, em que a *ansiedade* vivenciada na primeira posição é predominantemente *persecutória*, contribuindo para certas defesas tais como a *clivagem* das partes boas e más do Self, e a *projectão* destas para dentro de objectos que através da *identificação projectiva* se tornam identificadas com essas partes do Self.

Este processo é básico para a compreensão das relações objectais psicóticas. Klein explicou que se o desenvolvimento durante a posição esquizoparanóide não ocorre normalmente e o bebé não consegue, por razões internas ou externas, suportar o impacto das ansiedades depressivas, surge um círculo vicioso, em virtude do medo persecutório e os mecanismos esquizóides correspondentes serem excessivos. O Eu não é portanto capaz de elaborar a posição depressiva. Ocorre por isso a repressão e o reforço dos medos persecutórios iniciais bem como os fenómenos esquizóides, estabelecendo-se a base para várias formas posteriores de esquizofrenia, ou o reforço dos aspectos depressivos, vindo a originar funcionamentos maníaco-depressivos.

Em 1950 **Hanna Segal** tratou um paciente esquizofrênico agudo em internamento hospitalar através da psicanálise, conservando as características básicas do método clássico. Mesmo no estado de alucinação aguda ela interpretava as defesas e o material do paciente, dando ênfase à transferência negativa e à positiva. Em contraste com Federn, analisava todas as resistências importantes e interpretava o material inconsciente num contexto de enorme ansiedade. Segal observou que os esquizofrênicos muitas vezes *toleram no Eu pensamentos e fantasias que provavelmente seriam reprimidos no neurótico, mas ao mesmo tempo reprimem os elos de ligação entre a fantasia e a realidade pelo que esses elos têm que ser interpretados*. Segal assinalou algumas dificuldades técnicas na análise dos pacientes esquizofrênicos agudos devidas a um distúrbio do pensamento, isto é, devido ao seu pensamento concreto, processo que ela atribuiu às dificuldades no uso de símbolos. Em virtude disso o paciente muitas vezes entende de maneira equivocada as interpretações, já que estas são vivenciadas como acções e ameaças constantes por parte do analista.

Herbert Rosenfeld centra-se na compreensão e descrição do que é a experiência do paciente psicótico. Propõe como método de trabalho permanente o *colocar-se na pele do paciente para compreender a sua vivência*. Desde o seu primeiro trabalho, "*Análise de um doente esquizofrênico com despersonalização*", que observamos a sua preocupação em captar a experiência emocional do paciente para depois a interpretar. Na descrição deste caso dá particular ênfase à forma de *cisão (clivagem)* que se caracteriza por uma *divisão excessiva e fragmentada*.

Alguns anos mais tarde, Bion vai acrescentar a este processo de divisão anormal a ideia de que partes do "Self" podem ficar *encapsuladas* nestes fragmentos, constituindo-se em "objectos bizarros".

Ao interpretar a despersonalização de Mildred, Rosenfeld descreveu um processo característico do funcionamento do psicótico que será uma das grandes contribuições para a análise deste quadro. Mostra que Mildred não *projetava* apenas as suas partes boas ou más no analista, mas o seu "Self" *inteiro*, o que produzia uma experiência de perda de identidade. A esta projecção seguiam-se ansiedades persecutórias de que esses objectos iriam retaliar, invadi-la integralmente, destruindo a sua personalidade.

A *despersonalização* estava relacionada com o ataque destrutivo do "Self", que ocorria sempre que o paciente se tornava consciente da sua necessidade de ajuda por parte do analista.

Mais tarde, em 1949, no Congresso em Zurich, Rosenfeld apresentou um trabalho sobre os estados confusionais, outra das suas contribuições originais. Ao descrevê-los, associa-os a *uma falha no processo normal de cisão do Eu*, que interfere na possibilidade de se diferenciarem sentimentos de amor, sentimentos de ódio e o objecto bom do objecto mau.

Em 1964, no artigo " On the Psychopatology of narcissism, a clinical approach", Rosenfeld descreve as *relações de objecto narcísicas*, que são uma forma de relação mais permanente baseada na utilização da identificação projectiva. São *defesas contra qualquer reconhecimento da existência de uma separação entre o "Self" e o objecto*. A consciência da separação levaria a

sentimentos de dependência do objecto, e à ansiedade, no caso do objecto ser admirado.

A inveja, mais uma das descobertas originais deste analista, seria estimulada produzindo sentimentos agressivos, ou seja, o narcisismo patológico que pode ser uma defesa contra a inveja.

A investigação científica do grupo pós-Kleiniano vem a enriquecer-se significativamente com os trabalhos de **Wilfried Bion** a partir de 1950. Este realçou sempre que *não se afastava do método psicanalítico normalmente empregue no tratamento dos neuróticos*, tendo sempre o cuidado de se ocupar, tanto nos aspectos positivos quanto dos negativos, da *transferência*. Procurava *indícios do significado da comunicação* do paciente e também da sua própria *reacção contratransferencial*. Investigou tanto a *linguagem* quanto as *perturbações do pensamento*. Para ele o esquizofrénico usa a linguagem de três maneiras:

1º - Como um modo de agir

2º - Como um método de comunicação

3º - Como um modo de pensar

Nestes doentes *o uso da palavra e do pensamento dependem da capacidade do pensamento verbal*, que muitas vezes é perdido na esquizofrenia por meio de processos complexos de clivagem e projecção, de modo que o paciente fica apenas com uma capacidade embrionária de pensamento verbal. Na transferência analítica essa capacidade de ter pensamentos verbais é frequentemente projectada para dentro do analista, o que resulta tanto em medos persecutórios do analista, que aos olhos do

paciente parece ter-lhe roubado tal capacidade, quanto ao temor, por parte do paciente, de tê-la perdido num estágio anterior do desenvolvimento, o que aumenta a necessidade de regredir " para a ir buscar". A falta de capacidade para o pensamento verbal é sentida pelo paciente como algo equivalente a estar louco.

Em 1956, **Bion** contribuiu de um modo mais detalhado para a *compreensão de transferência esquizofrénica*. Deu ênfase à preponderância dos impulsos destrutivos, que são tão grandes que mesmo os impulsos para amar estão por eles impregnados e transformados em sadismo. No psicótico existe um *profundo ódio da realidade*, conforme já Freud tinha assinalado, a que acrescentou que a importância do ódio que o esquizofrénico sente *da realidade interna e de tudo o que contribua para a sua consciência*. Destas duas dificuldades básicas resulta *um medo permanente de aniquilação eminente*.

Ao comentar sobre a *transferência para o analista*, que qualificou como superficial mas persistente, Bion disse: " A relação com o analista é prematura, precipitada e intensamente dependente. Quando o paciente a amplia sob pressão das suas pulsões de vida ou de morte, aparecem duas correntes manifestas e simultâneas de fenómenos:

1º- *A identificação projectiva com o analista como objecto torna-se excessivamente activa*, resultando nos estados confusionais penosos que Rosenfeld descreveu.

2º- *As actividades mentais e outras actividades por meio das quais os impulsos dominantes, seja, o da pulsão de vida ou de morte, que lutam para se expressar, são imediatamente submetidas à mutilação pelo impulso*

temporariamente subordinado. Movido pelo desejo de escapar dos estados confusionais e atormentado pelas mutilações, *o paciente luta para restaurar a relação restrita*; a transferência é novamente investida da sua típica descaracterização. A oscilação entre a tentativa de ampliar o contacto e a tentativa de o restringir prossegue ao longo de toda a análise.

Em 1957, Bion contribuiu de forma significativa para a terapia destes doentes ao diferenciar a parte psicótica da não psicótica. Enfatizou o papel da *identificação projectiva na parte psicótica da personalidade como um substituto da repressão na parte neurótica da personalidade*, referindo a propósito:

"Os ataques destrutivos do paciente ao seu Eu e a substituição que faz da repressão e introjecção pela identificação projectiva têm de ser elaboradas."

Com a elaboração do tratamento da psicose Bion veio confirmar a esperança de Freud de que viria a ser possível a abordagem desta patologia à luz da psicanálise.

Numa tentativa de organizar as diferentes contribuições da psicanálise nesta área, **Grotstein**, 1977, considera que prevalecem duas teorias separadas e irreconciliáveis da esquizofrenia:

- A Escola do "Defeito do Eu"

- A Escola da "Defesa"

Na *Escola do "Defeito do Eu"*, cita **Frieman** (1959, 1969, 1970), **Maxler e London** (1971), que defendem a ideia de que a esquizofrenia tem

um defeito do Eu desde o início da vida, que pode ser originado num mal congénito ou derivado de más relações do objecto precoce. Este defeito do desenvolvimento do Eu é caracterizado por uma incapacidade para dar continuidade a representações do objecto interno e realizar outras funções do Eu. Sob o impacto do *trauma psíquico* desenvolve-se a *regressão* que forma a configuração da *confusão*. Os analistas desta corrente enfatizam a *primazia do princípio de economia* e sentem que o defeito do Eu é uma manifestação do defeito narcísico da caracterização dos objectos e das suas representações em geral.

Os que defendem o ponto de vista de que a esquizofrenia é uma *doença do conflito* (Arlow e Bremner, 1964, Boyer e Giovacchini, 1967, Pao, 1973), enfatizam a *semelhança dinâmica entre neurose e psicose*, em que a psicopatologia da esquizofrenia pode ser explicada, tal como a neurose, na base de um conflito dinâmico entre o impulso e a defesa contra ele. A ansiedade como sinal do Eu, é vista como desencadeadora da defesa.

Os *determinantes na sintomatologia da psicose*, em comparação com a neurose, são de *ordem quantitativa* em termos de uma regressão profunda às fixações precoces, às força das defesas, ao esforço do Eu, em lidar com os conflitos, e à força destrutiva da ansiedade residual que não pode ser contida pelas defesas. A maioria da sintomatologia pode ser entendida como *regressões no teste de realidade*, resultante da retirada defensiva provocada pela ansiedade.

Arlow e Brenner realçaram a importância do ponto de vista estrutural no que respeita ao económico e à fantasia, que constituem as relações internas das estruturas psíquicas.

London realça a dificuldade que o esquizofrénico tem em formar e manter representações no mundo interno, representações que ligam os impulsos aos objectos internos e ao Self.

Pao (1973), ao rever a teoria de Freud sobre a esquizofrenia, defendeu o referente de "Escola do Conflito". Realçou que Freud tentou ligar os aspectos conflituais da neurose com a psicose, mas deixou sem compreensão as alterações do Eu e a conceptualização sobre a opressividade. Grotstein (1977), no mesmo artigo, refere as aproximações possíveis e complementares entre as duas escolas que serão integradas no capítulo conclusivo.

4. CASO SCHREBER - Marco fundamental na compreensão da psicose. A importância do mecanismo de projecção.

Com a publicação do **caso Schreber, em 1911, Freud** estabeleceu um marco fundamental na compreensão psicanalítica da psicose. A importância deste caso para a psicanálise não se confina à compreensão da paranóia. Foi um precursor para a produção de escritos sobre a metapsicologia do narcisismo e da repressão bem como do trabalho clássico "Instintos e as suas vicissitudes".

Em breve resumo, quem foi Daniel Schreber? Foi um jurista importante de Saxónia que, em 1883 foi promovido a Presidente do Tribunal Superior de Apelação em Dresden. Passado pouco tempo, teve um surto psicótico que resultou na sua hospitalização durante 9 anos. Na fase final deste período Schreber escreveu um livro descrevendo a sua experiência subjectiva da doença. Embora com o desagrado da sua família, ele publica-o em 1903, tendo sido consideravelmente censurado o manuscrito original.

Intitula-se " *Memorie of my Nervous Illness*" e é um documento notável que relata vivamente o horror e a qualidade fantasmagórica da psicose. Freud usou este relato, como material clínico para o estudo psicanalítico da paranóia, uma vez que, no seu entender, "nós não podemos aceitar pacientes sofrendo desta doença, ou de qualquer forma, não os podemos tratar durante muito tempo, não lhe podemos oferecer tratamento por inexistência de sucesso terapêutico". É claro que Freud sentia que a psicanálise não tinha grande contribuição na terapia da psicose, em contraste com o que podia ser manifesto nos processos de experiência psicótica, em particular na formação do delírio.

O 1º. episódio da doença de Schreber ocorre em 1884, ficando internado 6 meses numa clínica, cuidado pelo Dr. Paul Flechsing, um distinto

neuropsiquiatra alemão. Inicialmente as suas queixas eram de natureza hipocondríaca, das quais melhorou, até que, em 1893, após o início de funções como Presidente do Senado, teve nova recaída. Nesta fase afirma " Afinal deveria ser muito bom ser mulher para se submeter ao acto da cópula". No fim de 1893 foi obrigado a voltar à clínica de Flechsing. Ficou cada vez mais psicótico, dizendo que estava morto e decomposto e que o seu corpo tinha sido remexido e revolvido.

Gradualmente as ideias delirantes acentuaram-se e Schreber dizia-se em comunicação directa com Deus e a viver num outro mundo. Simultaneamente, começou a acreditar que era perseguido, principalmente por Flechsing a quem ele chamava "a alma negra".

Em 1884 é transferido para outro asilo e em 1900, embora altamente delirante, pede a reforma.

O Dr. Weber, o médico do 2º asilo, refere em 1899 que: " O núcleo mais importante do seu sistema delirante é a crença de que tinha uma missão a cumprir; ... redimir o mundo e trazer à humanidade o paraíso perdido da felicidade". Tinha sido chamado por Deus para cumprir esta tarefa, e para tal teria que se transformar primeiro em mulher, o que poderia levar dezenas de anos, dependendo dos milagres divinos. Estava convencido que era o único ser humano em que os poderes de Deus exerciam influência, daí considerar-se o mais importante. Todas as horas e minutos, durante anos seguidos, Schreber experimentava estes milagres no corpo , que lhe eram confirmados pelas vozes que com ele conversavam.

Nos primeiros anos de doença sentia que os seus órgãos eram destruídos, o que o teria levado à morte, mas ele podia viver sem estômago, intestinos, esófago, rins ... Os milagres divinos (raios de sol) acabavam de reconstruir o que tinha sido destruído, e enquanto ele fosse homem, permanecia imortal. Quando este fenómeno alarmante foi suspenso, apareceu o delírio de ser mulher. Tinha o sentimento de que enormes " nervos femininos" lhe perpassavam o corpo e assim era gerada uma nova raça de homem, através de um processo de impregnação directa de Deus. Até isto ser possível tinha desejo de morrer de morte natural juntamente com toda a humanidade, atingindo assim um estado de beatitude. No entretanto, tanto o sol, como as árvores, os pássaros, que eram apenas resíduos de milagres de almas anteriores, conversavam com ele num dialecto humano e à sua volta ocorriam acontecimentos milagrosos.

Freud referiu que a fantasia de Schreber de se transformar em mulher, o que exigia a castração, era de natureza primária. Apareceu no período de incubação da doença e eram conteúdos do sistema delirante que perduraram após o internamento no asilo de Weber. Schreber mostrava ainda uma mistura de respeito e revolta nas ideias delirantes sobre Deus, com quem acreditava ter uma relação espiritual.

Freud apontou duas mudanças fundamentais em Schreber decorrentes da sua doença:

- Antes de se ter virado para o ascetismo sexual tinha sido um descrente em relação a Deus, enquanto que depois se tornou crente e devoto da voluptuosidade. Mas a crença em Deus tinha uma qualidade particular, que permitia que o prazer sexual anteriormente vivenciado fosse especial. Não era produto de liberdade sexual natural num homem, mas prazeres de mulher. Adoptou uma postura feminina em relação a Deus. Ele considerava-se a esposa de Deus.

Freud concluiu que a causa excitante próxima que o fez adoecer foi o desencadear de libido homossexual, em que o seu objecto libidinal era Flechsing. É no esforço e luta de conter este impulso que se produz o conflito intrapsíquico que deu forma aos seus sintomas. O deslocamento de Flechsing para Deus incapacitou Schreber de encontrar uma solução neurótica para o seu conflito.

" Era impossível para Schreber reconciliar-se com a ideia de que era uma mulher libertina que desejava o seu médico; mas a tarefa de presentear Deus com as suas sensações de volúpia que Ele lhe pedia, não encontrou resistência ao nível do Ego. A castração já não era uma desgraça; tornou-se consonante com a Ordem das Coisas". Schreber passa a fazer parte de uma cadeia cósmica de acontecimentos e gerador da recriação da humanidade após a sua extinção. O Eu encontrou compensação na megalomania, enquanto que o desejo fantasiado de ser mulher se desenvolveu por esta via e se tornou aceitável.

Mais tarde Freud concluiu que a fantasia feminina que desencadeou a conflituosidade em Schreber teve as suas origens em desejos infantis pelo pai e pelo irmão mais velho. A transferência de sentimentos pelo irmão, manifestava-se nos delírios em relação a Flechsing e os sentimentos pelo pai nos delírios respeitantes a Deus. O complexo de Édipo negativo seria o núcleo central da doença e dos delírios de Schreber. Freud afirma que a causa excitante do conflito que se manifestava no desejo de ser mulher decorria da privação que Schreber sofreu por não ter conseguido ter filhos:

" O seu casamento, que descrevia como sendo feliz, não lhe trouxe filhos e particularmente um filho, o que o poderia ter consolado pela perda do pai e do irmão e em que ele poderia realizar o seu afecto homossexual insatisfeito... Schreber pode ter feito a fantasia que se fosse mulher resolvia com maior facilidade o problema de ter filhos, o que o fez retomar as atitudes femininas em relação ao pai, que já tinham sido manifestadas na infância.

Se tal fosse assim então o delírio que resultava da sua castração era o povoamento do mundo " com uma nova raça de homens, nascidos do Espírito de Schreber". Se os " homúnculos" que Schreber achava tão complicados, fossem crianças, então não tinha dificuldade em perceber porque os coleccionava numerosamente na sua cabeça: eles eram na verdade " os filhos do seu espírito".

Freud explica que o processo de desenvolvimento psicossocial entre os estádios de autoerotismo, narcisismo e homossexualidade, predis põem o indivíduo para a paranóia, quando, em resposta a um frustração, ocorre um

movimento regressivo da libido. *O mecanismo de projecção explica como as percepções internas são substituídas por percepções externas.*

A projecção foi entendida como o coração da formação do sistema paranóico. Para Freud as formas comuns de paranóia podem ser expressões das contradições da proposição singular: " Eu (um homem) amo-o (um homem)", isto é contrariado pela formulação "Eu não o amo - eu odeio-o", o que é transformado pela projecção em "ele odeia-me (persegue-me), o que justifica que o odeie. " Como Freud afirmou, o perseguidor é alguém que foi anteriormente amado.

Freud deu-nos uma explicação constrangedora sobre a experiência "do fim do mundo", que é muito comum em estados psicóticos agudos:

" O paciente retirou-se do mundo externo, bem como o investimento libidinal que existia previamente. Assim tudo se torna indiferente, irrelevante e tem que ser explicado como racionalização secundária, um ser milagrosamente criado, improvisado à pressa". O fim do mundo é a projecção desta catástrofe interna; o seu mundo subjectivo chegou ao fim como a retirada do seu amor por ele.

Na conclusão do estudo do caso, Freud fez um comentário profético: "Fica para se decidir no futuro... se há maior verdade nos delírios de Schreber ou se as pessoas ainda não estão preparadas para acreditar". Investigações posteriores de Niederland sobre Schreber e sobre o seu pai confirmaram que na verdade existiam sementes da sua história pessoal que eram expressas nos delírios.

Alguns factos relevantes seleccionados da sua infância para compreensão da história clínica

Daniel Schreber era o segundo filho de um reformador social, de medicina e de educação. O seu pai, Daniel Gottlieb Moritz Schreber, era conferencista, escritor, pedagogo e professor clínico na escola de medicina da Universidade de Leipzig, sendo mais tarde Director do Instituto de Ortopedia. Publicou numerosos trabalhos teóricos sobre a recuperação de crianças, teoria que ele aplicou na prática ao seu filho. Niederland (1918) explicou que "O conjunto do sistema educacional do Dr. Schreber condensava-se num conselho inúmeras vezes repetido a pais e educadores: usem o máximo de pressão e coerção nos primeiros anos de vida das crianças, como forma de evitar muitas complicações no futuro. A promoção da saúde física e mental conseguia-se sujeitando a criança a um rígido esquema de treino físico vigoroso e de exercícios metódicos em combinação com medidas de contenção emocional".

Um dos livros mais populares escritos pelo pai de Schreber foi publicado em Leipzig há cem anos. É um guia para pais e educadores que se chamava "Kallipaedie oder Erziehung zur schonheit durch naturgetreue und gleichmassige Forderung normaler korperbildung" (Calipédia ou Educação para a Beleza através da Promoção Natural e Simétrica do Desenvolvimento Normal do Corpo). Através da análise desta obra podemos formular algumas ideias acerca da infância de Schreber, do ambiente geral e emocional que o cercaram durante o crescimento. O Dr. Schreber parece ter-se preocupado obsessivamente com a postura das crianças, e em especial com as medidas

que visassem o desenvolvimento e a manutenção de uma postura o mais erecta possível em qualquer tempo; de pé, sentado, caminhando ou deitado.

Construiu vários aparelhos ortopédicos para este fim, sendo particularmente exigente nas idades entre os 2 e os 8 anos. Estes aparelhos bizarros eram colocados nas crianças, com instruções inflexíveis a que eram associadas medidas educativas de limpeza e ordem. (gravuras 1 e 2)

Eram recomendadas "repreensões sistemáticas e constantes juntamente com os exercícios" para a aprendizagem e emprego correcto das palavras e sílabas. Os maus hábitos de linguagem tais como "o estalar da língua e dos lábios, expirar ruidosamente ou fungar, são energicamente combatidos. O mesmo se aplica " aos começos das paixões" que desde o seu início devem exigir esmagadora oposição.

As medidas disciplinares, inclusive castigos físicos, são indicadas à menor infracção " e na mais tenra idade, para que as ignóbeis partes da natureza primitiva da criança sejam contidas pelo maior rigor".

O Dr. Schreber lembra os leitores que nunca deverão esquecer de mandar " a criança estender a mão para aquele que a vai castigar", afastando assim a possibilidade de rancor e amargura". No quarto da criança deverá ser pendurado um quadro preto onde se regista cada acto de desobediência, esquecimento. No fim do mês, na presença de todos, faz-se uma sessão de família, onde serão atribuídos os prémios e as punições a cada criança. Niederland refere que o Dr. Schreber era um fanático na cruzada contra o

Ilustrações reproduzidas dos trabalhos do Dr. Schreiber.

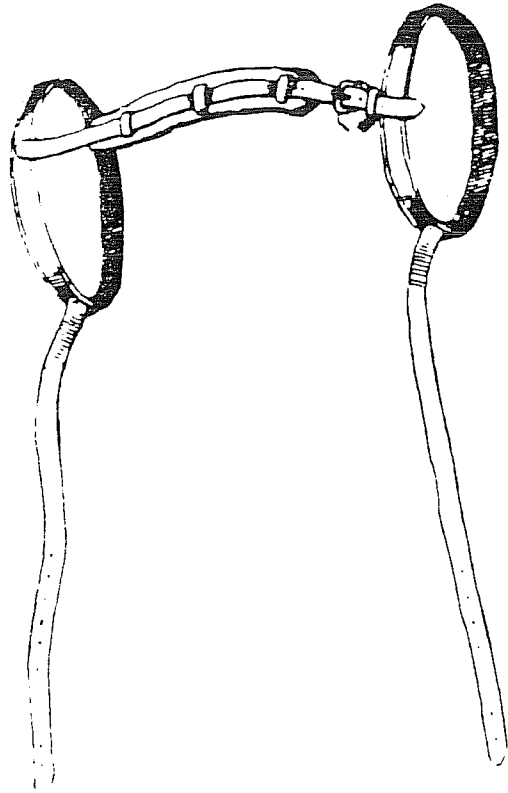


Figura 1 - Aparelho construído para manter a postura perfeita da criança durante o sono.

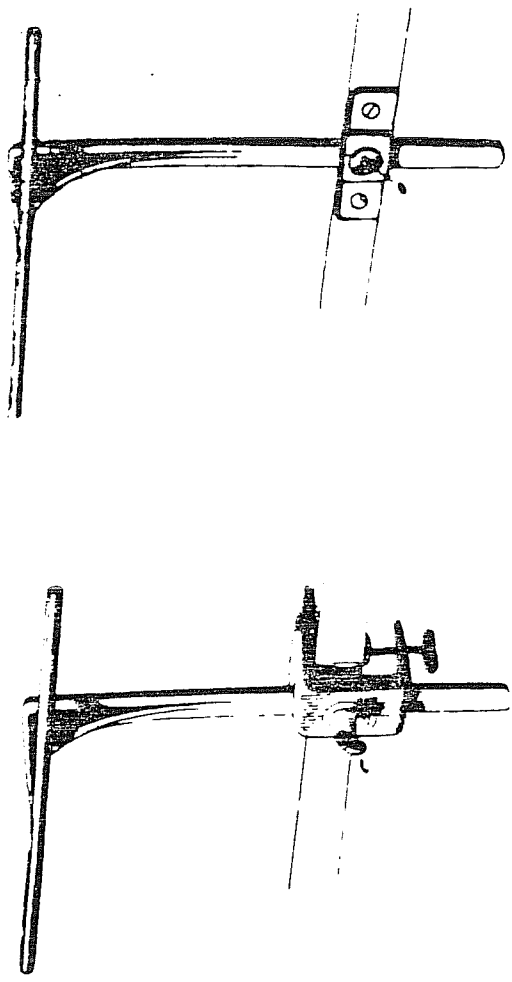
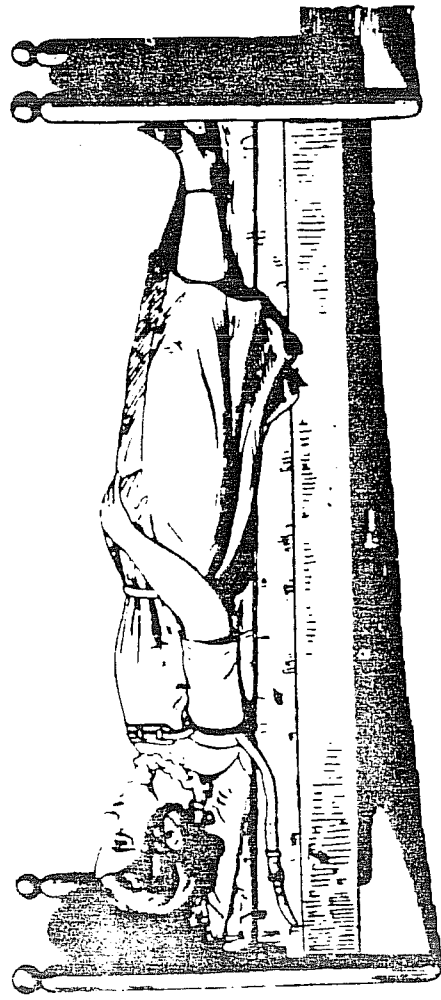


Figura 3 - Geradehalter - aparelho para garantir uma postura sentada corretamente ereta.

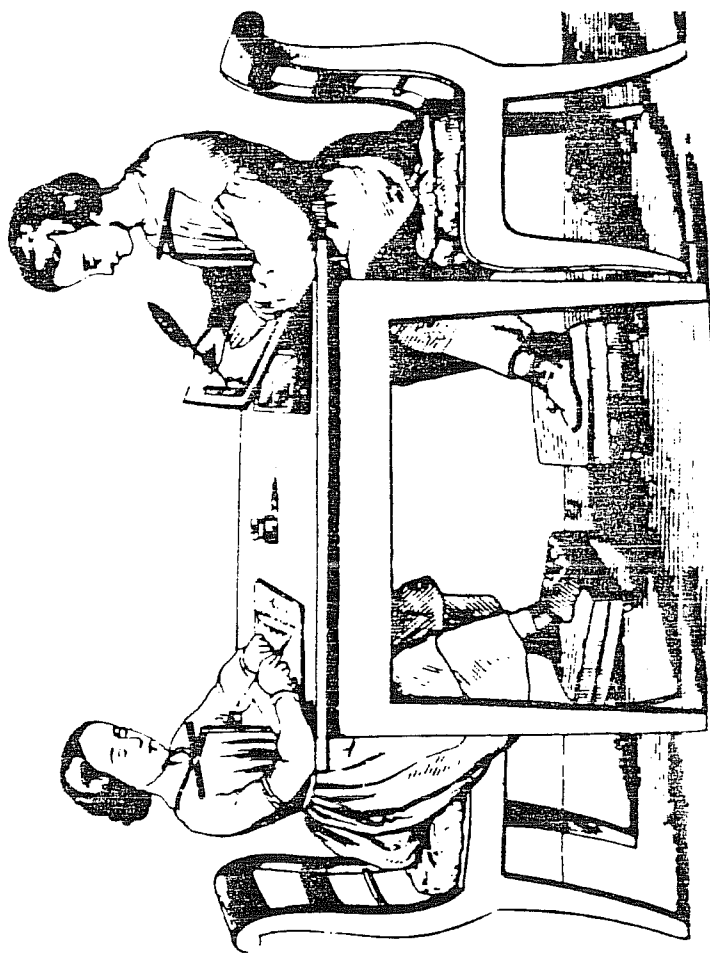




Figura 5 O mesmo, com cintos para a cabeça.

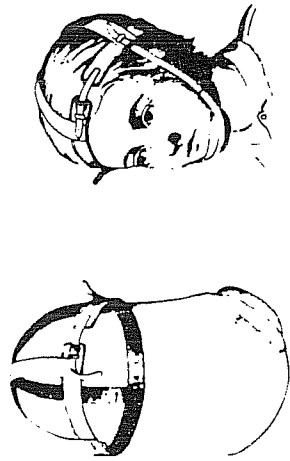


Figura 6 Kopfhalter (suporte de cabeça).

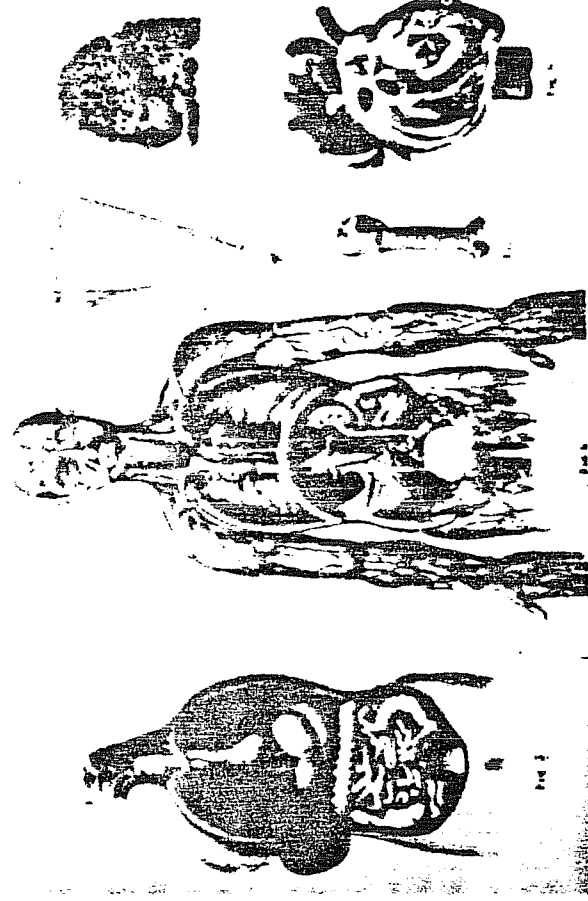
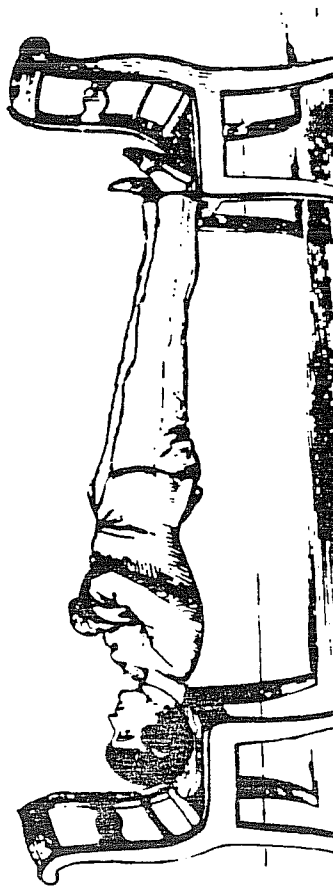
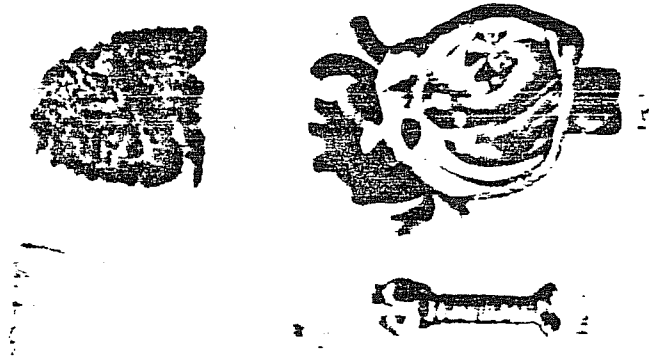


Figura 8 Ilustrações anatômicas mostrando órgãos internos.



"horror" da masturbação, que tornava as crianças estúpidas e "moles", vulneráveis a doenças físicas e mentais, geradora de impotência e esterilidade.

O uso violento e sádico destes castigos impediu que o filho conseguisse estabelecer uma identidade, especificamente uma identidade sexual, como vem claramente documentado nas "Memoirs", traduzido e editado em 1955 por Macolpine.

Um outro dado biográfico relevante refere-se ao fim da vida do pai de Schreber, que adoece aos 51 com "estranha doença na cabeça" e morre aos 53 anos. O filho fica psicótico aos 51 anos e os sintomas iniciais referem-se à cabeça, amolecimento cerebral e medo de morte iminente. No 2º internamento, com a idade de 53 anos, regista um agravamento da doença e regista nas "Memoirs"... "O mês de Novembro de 1895 assinala um período importante na história da minha vida... Nesta época os sinais da minha transformação em mulher tornam-se acentuados de tal forma que não mais pude ignorar o objectivo iminente visado por todo este processo...".

Embora Schreber não o diga explicitamente neste trecho, sabemos que o processo de que fala visava a sua união, como mulher, com o seu pai deificado. A imagem paterna introjectada permanece como uma relíquia no Eu do filho.

O livro "Erziehungslehre" do pai de Schreber era expressamente dedicado ao bem-estar das gerações futuras, Os seus conteúdos são permeados de um zelo missionário, na difusão de informações referentes à

saúde física e cuidados com o corpo, de modo que daí resultasse uma raça de homens mais fortes. Também Schreber durante a doença parece ter sido impulsionado pela figura paterna introjectada na direcção das mesmas aspirações. Schreber escreve nas suas "Memoirs" de que tem a certeza que a publicação das suas experiências com milagres, Deus, raios, etc. será uma benção para a humanidade. O seu único desejo é difundir a verdade e mais conhecimento para o bem do Homem. Enquanto o pai luta pelo desenvolvimento de melhor saúde e higiene de um modo terreno, o filho, na elaboração delirante destes preconceitos, faz a mesma coisa de modo arcaico, mágico. Os livros do pai estão repletos de ilustrações e desenhos anatómicos. O filho doente desenha figuras humanas no papel e enche páginas e páginas do seu livro com esboços e desenhos.

Niederland (1918) refere que devemos entender as "Memoirs" como sendo a difícil luta de Schreber para se identificar com a figura paterna e também os seus esforços para se opor a isto, uma luta que acompanha e intensifica o seu conflito homossexual tal como esclarece Freud.

As ideias bizarras do sistema delirante do filho parecem derivar, directa ou indirectamente, da imagem paterna introjectada e constituem elaborações arcaicas de certas características e atitudes do pai, como experiências introjectadas no começo da vida e mais tarde expressas nas "Memoirs". A introjecção dos métodos autocráticos do pai ressurgem em entidades delirantes ou alucinatórias, na agressão arcaica do filho que as regista em inúmeras passagens autobiográficas relevantes, mas, por outro lado, obscuras nas "Memoirs". Muitos dos milagres divinos que afectam o corpo do

paciente tornam-se identificáveis, quando despojados das suas distorções delirantes, como aquilo em que devem originalmente ter-se baseado: a imagem infantil regressivamente distorcida do pai, maciça, coerciva, por um lado, e por outro, manipulações sedutoras feitas no corpo do menino.

Grotstein, 1918, sugere que quando *Schreber* se tornou presidente do Senado, com 51 anos estava a substituir o pai tanto no sucesso como na doença. No entanto a identificação com o pai e o medo edipiano de sucesso combinado com a fantasia de retaliação da imagem paterna foram os precipitantes psicodinâmicos da sua psicose.

Conferindo os conteúdos dos 23 livros do pai de Schreber com os 23 capítulos das "Memoirs" do filho, *Niederland* correlaciona convictamente as ideias delirantes com as experiências infantis realizadas pelo pai. Torna-se claro que o material delirante se alimenta de vivências da sua história pessoal, que são expressas metaforicamente. O Dr. Schreber no "Erziehungslehre" explica que a criança deve ser ensinada a voltar " a sua mente para Deus no fim de cada dia, para rever os seus sentimentos e actos ... observar o seu interior à luz dos raios puros de Deus, o pai universal e amantíssimo...". Recomenda ainda como obrigatório o ensaio da anatomia humana em conjunto com a educação religiosa, nas escolas públicas.

É difícil afirmar se as passagens notáveis do trabalho do pai foram uma espécie de ponto de partida para as futuras elaborações do filho com a equação raios = Pai = Deus e também para a divina hierarquia Schreberiana com as suas exuberantes peculiaridades anatómico-religiosas.

Quando Schreber protesta por exemplo "contra a enorme infracção aos mais primitivos direitos do homem" ou quando acusa o Prof. Flechsing "Você como tantos doutores (pai) não resiste à tentação de usar um paciente como um objecto de experimentação", podemos ligar apropriadamente os sentimentos expressos com os maciços aspectos coercivos da sua formação inicial. Muito provavelmente o Dr. Schreber pai, médico, educador e reformador, tomou os seus filhos homens como objectos das suas "experimentações" reformadoras, tal como o filho explicita. Realmente o primeiro filho, Gustav, suicidou-se, o segundo, Daniel Paul, tornou-se psicótico. As três irmãs parecem ter ficado bem.

Freud, que não tinha provavelmente qualquer informação sobre a infância do paciente, antecipa-se a estas descobertas analisando as "Memoirs" e refere em "Construções na Análise" (1937);

"Observei que alucinações verdadeiras ocorrem ocasionalmente no caso de outros pacientes que certamente não são psicóticos. A minha linha de pensamento é a seguinte: talvez seja uma característica geral das alucinações, à qual, ainda não foi prestada suficiente atenção, a ocorrência de algo que foi experimentado na infância e depois de esquecido retorna, algo que a criança viu e ouviu numa época em que ainda mal podia falar e que agora força o seu caminho à consciência, provavelmente deformado e deslocado, devido à operação de forças que se opõem a esse retorno. Devido à estreita relação existente entre alucinações e formas específicas de psicose, esta linha de pensamento pode ser levada ainda mais além. Pode ser que os próprios delírios

em que essas alucinações são constantemente incorporadas, sejam menos independentes do impulso ascendente do inconsciente e do retorno reprimido do que geralmente presumimos. No mecanismo do delírio, por via de regra, acentuamos dois factores; *o afastamento do mundo real e as suas forças motivadoras*, por um lado, e *a influência exercida pela realização do desejo sobre o conteúdo do delírio*, por outro.

Mas não poderá acontecer que o processo dinâmico seja antes o facto do afastamento da realidade ser explorado pelo impulso ascendente do reprimido, a fim de forçar o seu conteúdo à consciência, enquanto as resistências despertadas por esse processo e a inclinação à realização do desejo partilham de responsabilidade pela deformação e pelo deslocamento do que é recordado? Esse é afinal o mecanismo familiar dos sonhos, o qual desde tempos imemoriais, tem sido igualado à loucura. Esta visão dos delírios, não inteiramente nova, dá ênfase a um ponto de vista que geralmente não é realçado. A sua essência é que há método na loucura, como o poeta já percebera, e também fragmentos da verdade histórica, sendo plausível supor que da crença compulsiva que se liga aos delírios derive a sua força exactamente de fontes infantis desse tipo.

Na análise deste caso Freud não desenvolve a importância do conflito materno na psicose. Psicanalistas posteriores têm contribuído nessa análise. *Robert White* (1961), por exemplo, coloca a hipótese de que os impulsos primitivos orais e destrutivos dependentes em relação à figura materna, foram componentes decisivos do conflito de Schreber.

A representação simbólica da figura materna e dos impulsos orais que lhe eram dirigidos são os temas mais destacados e consistentes das

"Memoirs". O efeito devastador desses impulsos orais é demonstrado pela convicção delirante de que tanto sua mulher, como Fleschig e eventualmente toda a humanidade, teriam morrido e que o próprio Deus corria grande perigo de extinção. Impulsos vorazes, dependentes e prégenitais eram a causa do delírio e que tanto a mulher, como Fleschig e Deus eram, em grande escala, representações da mãe a quem estes impulsos eram dirigidos.

A fantasia homossexual de Schreber de ser uma mulher também expressava um intenso desejo de abdicar do "status" de um homem adulto e por identificação com a mãe regredir para uma fusão oral - dependente, arcaica e indiferenciada para com ela.

Schreber fundia a imagem da mãe com a do pai. A mãe era em grande medida um agente do pai, que era um poder maior por trás dela. Era provável que a mãe fosse inteiramente dominada pelo pai, como era frequente com as criadas e mulheres em Liepzig. Acima de tudo o pai era, como já referimos, uma das maiores autoridades na educação infantil na Alemanha, assim como uma pessoa de características particularmente atemorizantes.

O pai não era somente intrusivo na relação mãe-filho, mas intrusivo, ambivalente, provavelmente dividido nas suas intensões. Por um lado intrometia-se nas questões entre ambos, sem nenhum motivo médico nem paterno justificável. A intromissão nos papéis de mãe era tão fanática e vingativa que levanta suspeitas de que fosse ao mesmo tempo uma defesa contra os desejos intensos, possessivos e desiderativos (homossexuais) do próprio pai, bem como a expressão de inveja e ciúme intensos de este em relação ao filho.

A implicância da criança em relação ao pai foi muito provavelmente uma recusa vingativa àquilo que o próprio pai secretamente queria e invejava.

Que melhor vingança pode um filho infligir a tal pai senão tornar-se exactamente o tipo de pessoa que o pai mais temia ser e que seu filho fosse? Foi exactamente o que Schreber fez ao virar as costas a uma carreira brilhante e ao regredir ao nível primitivo da sua psicose. Assim Schreber reposseu simbolicamente a mãe, ridicularizou e desafiou o pai, puniu-se por ambas as coisas.

Meltzer (1978), na análise do caso Schreber refere que a doença se manifestou inicialmente como uma hipocondria grave, que se foi transformando durante a segunda fase numa deterioração paranóide onde o principal perseguidor foi o seu médico, como já referimos anteriormente; em seguida a doença evoluiu lentamente para a elaboração de um sistema delirante grandioso onde a personagem de Deus tem uma função claramente ambígua, meio perseguidora, meio amorosa. Ao analisar assim os delírios de Schreber, Freud mostra a sua coragem, por se interessar por fenómenos complexos e bizarros a partir da hipótese de que eles eram, apesar de tudo, derivados compreensíveis de tendências comuns ao espírito humano. No entanto Freud cai em reducionismos deterministas ao fazer interpretações, como, por exemplo, de que os raios de sol que Schreber não conseguia aguentar representavam simbolicamente o pai.

As relações de Schreber a Deus e ao sol podiam ser consideradas não como elaboração perturbada de relação de uma criança com o pai mas como a descrição verdadeiramente fascinante, perturbada por uma intensa ambivalência, de um fantasma inconsciente elaborado, com as suas múltiplas *clivagens*, a sua variedade de *qualidades* e de *atributos* e a sua *diversidade de funções*, que subentende a concepção simplista consciente. Basta ter em conta

a inversão pela qual Deus se torna infantil enquanto que Schreber " pai vitorioso " da sua luta, para entendermos o conflito da criança normal.

Esta inversão, com todas as confusões que daí resultam, não foi claramente percebido por Freud, no que diz respeito à questão da sensualidade, porque é claro que Schreber coloca como equivalentes a voluptuosidade da defecação e à experiência que termina no coito. A sua relação com Deus é a de um concubino e não a de esposa, como Freud afirma.

Devemos entrar em linha de conta que Freud não tinha ainda o quadro conceptual apto para diferenciar o feminino da homossexualidade no caso de Schreber, embora tenha visto claramente que este menosprezava as mulheres; os pássaros milagrosos, a insistência sobre as nádegas como zona genital, e a preocupação pela sensualidade que lhes atribuía. Esta falta de diferenciação retirou valor à conclusão importante que Freud pensava ter suporte; i.é, que há uma relação entre a paranóia e a homossexualidade passiva. De que resulta que a "fórmula simples" pelo qual o amor se transforma em ódio, toma cada vez mais a forma de artifício.

Para explicar a angústia e a repulsa que a homossexualidade suscita, é necessário ligar o conceito de "*libido homossexual*", com a de *angustia de castração* e com o conceito de "*protesto viril*", de forma a explicar a ansiedade e a reacção que desencadeia. Sem este sentido não se percebe a ligação entre paranóia e o delírio de grandiosidade.

Esta concepção trouxe-nos a mais fascinante e brilhante parte do trabalho de fantasia do "*fim do mundo*", bem como a investigação de Freud sobre a sua natureza e consequências.

Ao encontrar semelhanças entre a estrutura do médico Flechsing e Deus nos dois períodos da doença, Freud concluiu que o desenvolvimento da paranóia estava relacionada com o processo de "divisão", ou mais precisamente " a paranóia diz respeito a vários elementos; às produções das projecções e identificações que são produzidas no ser".

A divisão foi primeiramente investigada sob o ponto de vista da regressão de libido a um estágio de narcisismo, como estado intermediário entre auto erotismo e amor objectal - noção que desenvolveu em 1910 nos "Três ensaios da sexualidade". Os processos defensivos contra esta regressão parecem ter como objectivo uma nova "sexualização dos instintos sociais".

Mais tarde, em 1922, em "Inveja, paranóia e homossexualidade", Freud introduz o conceito de projecção como a externalização da percepção interna, que origina a compreensão satisfatória da paranóia. Aqui encontramos a contribuição mais precisa da relação entre *fixação, recalçamento e explosão (tempestade), ou o "retorno do recalçado"*. É em relação com este ponto de vista que Freud discute a fantasia " do fim do mundo". Freud escreveu que " nos últimos tempos da sua estadia na casa de Saúde de Flechsing ele pensava que o tempo tinha desaparecido e que ele era o único sobrevivente real...", " o fim do mundo é a projecção da sua catástrofe interna", mas que não determina claramente os mecanismos subjacentes.

É a reconstrução de um "mundo subjectivo" feito em pedaços que é a obra da formação delirante. " A paranóia que o reconstrói-o de novo, não tão magnífico, mas pelo menos de maneira a que se possa ainda viver".

Esta análise dos mecanismos, que realizam a transição entre o estado paranóide original e o delírio grandioso posterior, é o ponto de vista mais avançado de conceptualização do aparelho psíquico em Freud, e prenuncia o trabalho sobre a ciclotimia em "Luto e melancolia", bem como o pontapé de saída para o último trabalho de Abraham e o desenvolvimento de M. Klein.

O progresso mais admirável realizado segundo um ponto de vista clínico na análise do caso Schreber, consiste na *conceptualização do mundo interno*; na projecção formulada como mecanismo, e na *introdução do conceito de narcisismo enriquecido com os conceitos de "condensação e identificação"*. Este processo é no entanto um pouco limitado pelas restrições impostas pela teoria da libido.

A nova teoria proposta em 1920, em "Para além do princípio do prazer", permite uma compreensão nova e complementar das perversões a partir do fenómeno do masoquismo e das suas relações com os pulsões de destruição.

Peter Buckley (1988), na introdução à obra "Essential papers on psychosis", refere que embora Freud não tivesse conceptualizado o mundo interno do psicótico, deu um contributo importante na compreensão do delírio "*como sendo na realidade uma tentativa de separação e reconstrução*".

Esta ideia inovadora do delírio como função de restituição e de separação do "Self" veio encontrar suporte nos estudos biológicos da psicose, em que a produção de hormonas adrenocorticais (medida fisiológica do stress) atingem níveis extremamente elevados no início do surto psicótico e baixam rapidamente quando surge o delírio no doente, (ver "Psychoendocrinology of Ego Disintegration", Sacher e outros, 1970).

Meltzer (1978) conclui a análise do caso Schreber citando novamente Freud, que fez o seguinte comentário profético: "Pertence ao futuro decidir se há mais delírio na teoria, o que me dava gosto, ou se há mais veracidade no delírio de Schreber, e que as pessoas não estão ainda preparadas para acreditar."

5. Mecanismos de defesa, predominantes no funcionamento mental psicótico, a partir da conceptualização de Melanie Klein.

5.1. A psicose como fixação na posição esquizoparanóide

Uma das abordagens possíveis para entender o funcionamento psicótico vem-nos da conceptualização de *Melanie Klein*, uma vez que a sua teoria sobre as relações do objecto têm origem na observação que fez de crianças, muitas das quais considerou serem psicóticas.

A sua obra estende-se desde 1919, data em que publicou o primeiro trabalho, "A novela familiar", até à sua morte em 1960. Os seus escritos por vezes contraditórios, apresentam permanente riqueza de ideias originais. Não está preocupada em obter precisões teóricas que permitam construir um conjunto completamente coerente de hipóteses. O que transmite, em compensação, é uma preocupação em descrever o mundo rico de fantasias e vivências que os pacientes em tratamento apresentam.

Na fase de consolidação da sua teoria, no período de 1932 a 1946, elabora uma nova metapsicologia, em que o ponto de partida é a *teoria das posições*. Considerando que o bebé olha para a mãe de uma nova "posição" ou de uma nova forma, durante a sua evolução, Klein usou a palavra "*posição*" para descrever o que os analistas não kleinianos chamam *estágios de desenvolvimento* (1935).

De facto, o conceito de posição realça que estes períodos não são caracterizados simplesmente por manifestações mas correspondem a configurações de relações de objecto, ansiedades e defesas que persistem pela vida fora.

Ego - utilizado como numa das três subdivisões funcionais do aparelho mental, a partir da redefinição de Freud, em 1923.

Self - refere-se à pessoa total, corpo e organização psíquica.

Eu - é empregue quando é o sujeito da experiência.

Referências do Psychoanalytic Terms and Concepts, 1990, The American Psychoanalytic Association.

Como é sabido, e adiante se desenvolve, a primeira posição, durante os três primeiros meses de vida, é conhecida como a "posição esquizo-paranóide" (1946, 1952 a, 1952 b - Teoria Psicológica do Desenvolvimento) e, caso a evolução seja favorável, passará à "posição depressiva".

Segal, 1973, refere que a posição depressiva nunca substitui totalmente a posição esquizo-paranóide, a integração conseguida nunca é completa e as defesas contra o conflito depressivo fazem regredir a processos esquizo-paranóides, de modo que o ser humano em qualquer momento da sua vida pode oscilar entre os dois.

As hipóteses básicas que se conjugam em torno das posições são as seguintes:

a) É uma teoria de desenvolvimento precoce. A relação do bebé com a mãe, e mais especificamente, com o seio, como primeiro vínculo oral, situa-se no centro deste desenvolvimento. O psiquismo forma-se através destas relações de objecto precoces, primeiro com a mãe e depois com o pai.

b) O conceito de posição substitui a ideia de fase do desenvolvimento libidinal de Freud e Abraham.

c) É uma teoria inter-pessoal. A relação com a realidade estabelece-se pela interacção complexa entre objectos do mundo interno e externo. Os mecanismos principais que possibilitam o intercâmbio são a *identificação projectiva* e a *introjecção*.

Os objectos do mundo interno, por projecção, dão significado aos objectos externos e à realidade. A existência de uma mãe boa seria definida

pela projecção de pulsões amorosas do bebé por ela. Mesmo que os factos ambientais sejam muito importantes, nunca serão tomadas como elementos exclusivos ou definitivos. A teoria das posições explica o vínculo com a realidade, tanto externa, como interna.

d) A ansiedade continua a ser o elemento principal para entender o conflito psíquico.

e) A ideia de pulsões de vida e de morte está sempre presente no pensamento Kleiniano. É o substrato teórico em que se fundamenta a luta entre pulsões de amor e ódio, que são os elementos definitivos do conflito psíquico e a origem de angústia.

f) A fantasia inconsciente é descrita como um acontecimento constante e permanente da mente, expressando-se tanto nos fenómenos conscientes como inconscientes; é a expressão concreta do impulso e não um compromisso entre o impulso e a defesa derivada do funcionamento do Eu.

g) A noção de corpo, o interior do corpo da mãe e seus conteúdos, bem como o interior do próprio corpo, são fundamentais na sua teoria mas referem-se exclusivamente a um nível fantasmático.

a) A Posição Esquizo-paranóide

Desde os primeiros tratamentos de crianças, Klein descreveu *fantasias persecutórias em idades precoces*. Também observou na clínica, no jogo e nas fantasias infantis, que as crianças podiam partir em dois um objecto, dissociá-lo, separando um aspecto totalmente bom, que projectavam numa pessoa, de um aspecto exclusivamente mau, que punham noutra, denominando este mecanismo de "*Splitting*" ou *clivagem*.

Em 1946, no seu trabalho "Notes on some schizoid mechanisms", organizou de uma maneira coerente todos estes processos primitivos, ao descrever a *posição esquizo-paranóide*.

Concebe-a como *uma estrutura que organiza a vida mental nos três primeiros meses da vida*.

É constituída por:

1. Angústia persecutória: a angústia principal que o ego sente é a de ser atacado.
2. A relação de objecto parcial, com um seio idealizado e outro persecutório, que são percebidos como objectos dissociados e excludentes.
3. O ego protege-se da angústia persecutória com mecanismos de defesa intensos e onipotentes, que serão a clivagem, a identificação projectiva, a introjecção e a negação.

Klein acredita existir um *ego incipiente desde o nascimento* que sente a angústia, que se relaciona com um primeiro objecto e realiza mecanismos de defesa primitivos. O funcionamento mental nos períodos iniciais da vida não

seria totalmente desorganizado, caótico ou com uma indiferenciação ego-objectal. Possui uma organização. O primitivo é definido pela qualidade da angústia e as características dos mecanismos de defesa, que como já dissemos são intensos e externos e considerados de natureza psicótica.

Klein dá muita importância ao efeito que a *agressão* produz no psiquismo precoce. Expressa-se em *fantasias inconscientes*:

- *oral sádicas*, de devorar o seio, o corpo materno;
- *anal sádicas*, atacando-os como excrementos.

É uma teoria sobre o corpo materno, fantasmático, cuja imago aparece deformada pelas fantasias do sujeito, devido à projecção das suas pulsões agressivas.

Ao referir-se ao *objecto* concebe-o em vários sentidos:

- anatómico, em que as pulsões orais se dirigem ao seio e não à mãe, pois esta não é percebida como uma figura completa;
- dinâmico, em que o bebé percebe o mundo externo e a si próprio divididos em duas partes absolutamente inconciliáveis, um objecto idealizado ao qual atribui todas as experiências gratificantes e um objecto persecutório ao qual atribui todas as frustrações, sendo ambos objectos parciais.

Os mecanismos de projecção e introjecção permitem a construção de um *objecto bom interno* e um *objecto mau interno*, ao introjectar os objectos externos bom e mau respectivamente. Deste modo estabelece-se uma *dinâmica constante de projecções e introjecção*, entre os objectos, as situações externas, as pulsões e fantasias internas, que estarão indissolivelmente misturados mas que à medida que o desenvolvimento psíquico avança produz uma evolução

desta estrutura. Por um lado existem momentos de integração dos objectos dissociados; por outro a introjecção do objecto bom fortalece o ego, permitindo-lhe tolerar melhor a angústia sem a projectar. Com a diminuição progressiva da angústia persecutória, fortalecem-se os processos de integração, dando origem à passagem para a organização seguinte, a da posição depressiva.

Klein diz em "*Notes on some schizoid mechanisms*": "*É na fantasia que a criança alivia o objecto e se cliva a si própria, mas o efeito desta fantasia é muito real, porque conduz a sentimentos e relações e depois a processos de pensamento que, na realidade, estão separados entre si*" (1946, pag.206).

Este ponto da teorização de Klein é de importância fundamental, pelo que vale a pena discuti-lo com mais detalhe.

Klein estabelece uma relação dinâmica entre as experiências interiores e externas produzidas através dos mecanismos de projecção e introjecção. O destaque é posto, indubitavelmente, no interno: as pulsões agressivas e amorosas que lutam na mente, primeiro clivadas e depois mais integradas, no vínculo com os objectos primários. As experiências com os objectos externos são importantes como moderadoras da angústia provocada, basicamente, por causas internas, de origem pulsional. Klein escreve a propósito em "*Some theoretical conclusions regarding the emotional life of the infant*":

"As vivências repetidas de gratificação e frustração são estímulos poderosos das pulsões libidinais e destrutivas, do amor e do ódio. Desta forma, a imagem do objecto, externa e internalizada, é distorcida, na mente do lactente, pelas fantasias ligadas à projecção das pulsões sobre o objecto. O seio bom,

externo e interno, chega a ser o protótipo de todos os objectos perseguidores externos e internos. Os diversos factores que intervêm na sensação do lactente de ser gratificado, tal como o aplacamento da fome, o prazer de mamar, a libertação do incómodo e tensão, a libertação de privações e a experiência de ser amado, são todos atribuídos ao seio bom. Inversamente, qualquer frustração e incómodo são atribuídos ao seio mau, perseguidor." (1952, pag.178,179)

Embora Klein dê importância aos factores externos, referindo que toda a experiência boa fortalece a confiança no objecto bom externo e todo o estímulo de temor fortalece a perseguição, reforçando os mecanismos esquizóides, perturbando o progresso desta integração, é indubitável que no conjunto da sua teorização dá mais importância aos factores intrínsecos do indivíduo, determinados pela luta das pulsões, do que aos de índole externa.

b) A Posição Depressiva

Se o desenvolvimento é favorável, particularmente na identificação com o seio ideal, o bebé começa a tolerar o seu instinto de morte, e recorre menos à dissociação e à projecção, com uma diminuição dos sentimentos paranóides e um favorecimento da integração do ego. Aspectos bons e maus dos objectos passam a ser integrados e o bebé vê a mãe tanto como uma fonte quanto como um recipiente de sentimentos bons e maus. O bebé, com aproximadamente três meses, evolui em direcção à posição depressiva (Klein, 1935, 1940, 1946, 1952a, 1952b). Agora a sua ansiedade mais profunda é o medo de que tenha prejudicado ou destruído o objecto do seu amor, e por isso deseja introjectar a mãe oralmente, ou seja internizá-la, de forma a protegê-la da sua capacidade destrutiva.

Nesta fase Klein considera que *o bebé reconhece a mãe como um objecto total; bom e mau. Vive a separação dela com sentimentos de perda, desamparo e abandono, dependência e inveja em relação a ela. Esta depressão favorece o desenvolvimento, pela mobilização do desenvolvimento do Superego e do complexo de Édipo. Sob a influência de ansiedades persecutórias e depressivas, tanto o menino como a menina, soltam-se da mãe e do seu seio, auge da fase sádico-oral (Klein, 1928). Os desejos edípicos, em primeiro lugar, enfocam as fantasias de privação de pénis na mãe, de conteúdos do corpo e de bebés, o que eventualmente ocorre sob a influência de importantes tendências reparadoras da posição depressiva, à medida que o Superego se consolida, de forma que, em fantasia, elas estejam restauradas na mãe (Klein, 1940).*

Meltzer (1990), no seu artigo "Família e comunidade", refere que para se atingir a posição depressiva é necessário que as experiências boas tenham sido dominantes em relação às más.

A mãe funcionou como um continente efectivo das sensações do bebé e com a sua maturidade transformou com êxito:

- a fome em satisfação;
- a dor em prazer;
- a solidão em companhia;
- o medo de estar morrendo em tranquilidade.

Bion (1961), retoma esta teoria dizendo que a mãe teve a capacidade de *reverie*, isto é, antes que o bebé pense alguém pensou por ele.

Neste período de crescimento, embora a criança desenvolva alguma tolerância em relação aos seus sentimentos, *persiste a ambivalência*, e a *ansiedade transforma-se em mudos e impulsos agressivos que podem destruir o objecto*, agora reconhecido como necessário, importante e amado. A *possibilidade de perder o bom objecto pela agressividade conduz à culpa*.

Enquanto na posição esquizo-paranóide o principal afecto é a ansiedade persecutória, na posição depressiva é *dirigido ao objecto e ao seu bem estar*. A introjecção prevalece sobre a projecção. Enquanto a pessoa desenvolve a capacidade de reparar os danos fantasiados agidos nos objectos amados, vai adquirindo confiança de que o amor prevalece sobre o ódio pelos objectos. Fantasias onipotentes estão envolvidas, não apenas no receio de destruição do objecto, mas também no esforço de lidar com as ansiedades desta posição por meio da separação. Este conceito implica,

retrospectivamente, a experiência da culpa por todas as projecções dos maus impulsos em relação ao objecto.

A consequência ideal da posição depressiva, nunca completamente concluída, exigiria o abandono do controlo onnipotente sobre o objecto, aceitando a realidade da dependência. Conforme este processo vai acontecendo, *a gratidão em relação ao objecto*, pela sua função de criação e apoio na vida da criança, *torna-se possível*.

Se as *ansiedades depressivas são muito fortes*, não se conseguindo lidar com elas defensivamente, a posição depressiva não pode ser consolidada e superada. São então empregues as *defesas maníacas*, que consistem em fantasias de controlo do objecto, com um sentimento de triunfo e de desdém pelo objecto, que protege o sujeito da depressão e da posição depressiva. A criança pode mesmo regredir à posição esquizo-paranóide.

Por vicissitudes da criança, do objecto materno ou de ambos, Klein considera que *a criança pode desenvolver-se, ficando fixada ao funcionamento da posição esquizo-paranóide*, que vai estruturar a parte psicótica da personalidade.

Klein (1940), descreve os mecanismos de defesa desta posição, que denominou como *mecanismos psicóticos* que ocorrerão semelhantemente em todos os estados psicóticos, desde as doenças esquizo-afectivas até à esquizofrenia.

Muitos autores consideram a descrição destes mecanismos apenas para a compreensão dos fenómenos psicóticos na clínica mas não concordam em os atribuir ao desenvolvimento normal, o que não vamos desenvolver neste trabalho por inoportunidade.

Assim, para Klein, as defesas mais arcaicas, os processos fundamentais para a construção dos primeiros objectos externos e internos, são:

- a) - projecção
- b) - introjecção
- c) - dissociação / clivagem
- d) - identificação projectiva
- e)- negação
- f) - onnipotência
- g) - idealização

Damos ainda particular realce à *teoria da inveja* como funcionamento particular do período de desenvolvimento precoce.

5.2. Projecção

Foi pela primeira vez descrita por Freud em 1895 e a história do seu significado desde então tem sido longa. O conceito veio primeiramente da óptica e da ciência da cartografia do séc. XVI, chegando no séc. XIX à psicologia da percepção, donde Freud o introduziu na psicanálise. Tem sido utilizado com vários sentidos:

- percepção,
- projecção e expulsão,
- externalização de conflitos,
- projecção da identidade,
- projecção de partes do Self.

Freud deu particular interesse à projecção das partes do Self, em que se atribuem certos estados mentais a outra pessoa. Como resultado deste processo defensivo, *os interesses e desejos pessoais são entendidos como se pertencessem a outros* e daí a experiência mental pessoal poder ser uma leitura errada da realidade consensual.

As ideias ou sentimentos que uma pessoa não consegue tolerar podem sofrer uma transformação inconsciente antes de serem projectadas, o que acontece frequentemente nas projecções paranóides.

A projecção torna-se evidente quando já não funciona satisfatoriamente, o que é claro nas pessoas paranóides. Talvez devido a estes motivos, considera-se muitas vezes ser uma defesa primitiva e simples com implicações funestas.

Freud, no entanto, chamou à atenção para o facto de que as crianças muito precocemente esperam que os outros sintam exactamente como elas. A clínica veio mostrar que a projecção *pode ser característica da experiência simbiótica da primeira infância.*

Além disso a pessoa que se sente bem e vê as outras pessoas bem intencionadas e o mundo como um lugar agradável, pode estar a projectar um ânimo de esperança que então não é considerado patológico. Da mesma forma que muitas pessoas reconhecem que expressam as suas preocupações ao elaborar grandes dramas que imaginam ver na realidade. Por isso a projecção é omnipresente, tanto nos estados normais como patológicos. A diferença encontra-se *no grau em que cada um acredita na validade da projecção como ideia própria ou do outro*, isto é, tem a ver com a capacidade de testar a realidade. Klein empregou esta expressão com vários significados: projecção do objecto interno, desvio de pulsão de morte, externalização de um conflito interno, projecção das partes do Self.

No *doente psicótico* a projecção é sobretudo ligada à *agressividade e ao ciúme*. Na psicose paranóide devido à hipersensibilidade os outros afastam-se; intensifica-se a hostilidade e a desconfiança interna, que projecta inconscientemente, atraindo a agressividade dos outros. Ao mesmo tempo que é intolerante a críticas, critica excessivamente os outros, ficando fechado numa espiral psicopatológica.

5.3. Introjecção

A introjecção é um termo que se acha *ligado à projecção sendo dela uma imagem em espelho*. Foi introduzido na psicanálise por **Ferenczi**, em 1909, ao tentar diferenciar a neurose da psicose enquanto os primeiros introjectavam em excesso, os psicóticos projectavam em demasia.

Ferenczi foi um dos primeiros psicanalistas a correlacionar os *impulsos orais* com a introjecção e os anais com a projecção, que Abraham desenvolveu extensamente na sua clínica com maníaco-depressivos.

Freud (1917, 1921), ao defrontar-se com as vicissitudes do objecto, utilizou o termo "*identificação*" para descrever o processo pelo qual um objecto era realocado no Eu quando teria sido anteriormente experienciado como externo. Para ele constituía um processo misterioso, que estaria ligado à fantasia inconsciente e que modificava a realidade objectiva.

Abraham (1927), impressionado com este mecanismo, reivindicou inclusive a possibilidade de mudança física, descrevendo o exemplo pessoal de lhe ter embranquecido repentinamente os cabelos após a morte do pai, por identificação com ele e por introjecção no ego do objecto perdido. Demonstrou assim que *o processo de introjecção de um objecto amado é frequente e é um processo normal das relações humanas*. As pessoas trazem dentro de si os seres amados com quem continuam um diálogo interno.

Freud (1923), modificou o conceito de introjecção ao elaborar o *desenvolvimento do Superego*. Com o abandono dos objectos edipianos (mãe e pai) eles são introjectados, tornam-se objectos internos, quer haja ou não identificação com os mesmos, passando a fazer parte de um mundo interno que contém coisas boas e más.

Meissner (1981), descreve a *internalização* como um *processo intrapsíquico de organização de relações de objecto*, que passa por três momentos diferentes:

- incorporação;
- introjecção;
- identificação.

Estes conceitos são referenciados separadamente como necessidade de clarificação científica e de definição de níveis de desenvolvimento psicológico e psicosexual.

Kris e Loewenstein (1949), e **Hartman** (1956), descrevem a *internalização* como o *primeiro contribuinte do desenvolvimento psicológico, que continua a ocorrer ao longo do ciclo de vida sempre que as relações significativas com o outro são perdidas ou disruptivas*.

Assim, a percepção, memória, representações mentais e formação de símbolos, codificam os aspectos do Self em relação com os objectos e às interacções com os mesmos, construindo gradualmente as estruturas do aparelho mental, de forma que o próprio assume suprimir as funções antes realizadas pelos outros.

Piaget (1937), **Bruner** (1964), **Horowitz** (1972), e **Blatt** (1974), referem que o *aparelho mental tem diferentes modos de representação: sensório motor ou activo, figurativo ou irónico, léxico ou simbólico*. O aparelho mental é por isso *capaz de reter e gravar a história do indivíduo bem como a experiência cultural*, e este registo reflecte tanto a fase psicosexual como o desenvolvimento do Eu e o modo de processar a informação.

Freud (1917), formalizou uma *forma precoce de internalização, imediata, directa e que não estaria relacionada com a perda do objecto: identificação primária*. Este processo ocorre provavelmente antes da diferenciação de Self-objecto e deve ser distinguido da internalização noutros níveis de desenvolvimento, em que algo anteriormente experienciado como externo se torna interno.

Sandler (1960), *Loewold* (1962) e *Jacobson* (1964), consideram que a *internalização secundária vai-se realizando em níveis de desenvolvimento progressivo*, em que se mantêm os três níveis de internalização já considerados (incorporação, introjecção e identificação), mas que envolvem *gradações diferentes do Self, diferenciação objectal e complexidade*.

Na *incorporação a internalização é relativamente indiferenciada*, o sentido do Self está muitas vezes confundido com o sentido do outro. Estão *subentendidas fantasias de ingestão oral, de tragar e destruir o objecto*. A incorporação como um modo de internalização encontra-se nas fantasias e sonhos de pacientes com psicoses, nos distúrbios de comportamento e nos períodos de regressão grave na psicanálise de neuróticos.

A *introjecção carece de qualidade de destruição*, óbvia na ingestão implícita na incorporação, não havendo referência aos limites do corpo. Trata-se de um *processo mais diferenciado*, em que as propriedades parciais e as funções do objecto são adquiridas mas não totalmente integradas num sentido consistente e efectivo do Self. Os conteúdos da introjecção tornam-se parte das representações do Self ou das estruturas do aparelho mental (ego, superego e ego ideal). Embora as representações do objecto se transformem em representações do Self, quando as fronteiras entre as duas é indistinta resulta o sentimento de que o indivíduo pode perder o seu sentido de separação ou mesmo de identidade.

Isto ocorre quando a criança psiquicamente toma para si, como suas, as exigências parentais e reage da mesma forma quer o objecto esteja ou não presente.

Os aspectos de regulação, esquecimento e recompensa do Supereu, formam-se pela introjecção das directivas, admoestações e elogios parentais.

A identificação difere das outras formas de internalização no que concerne ao nível de internalização que vai formar o núcleo de identidade do Eu. As representações do Self, já transformadas, são estáveis e capacitam o indivíduo a estabelecer e a desenvolver o sentido de identidade, liderança e intencionalidade (Schafer, 1968).

Os diferentes modos de internalização estão relacionados com os estados de maturação e desenvolvimento mental e são influenciados por traumas, conflitos, repressões e regressões a que se é sujeito em cada estágio. Em condições óptimas ajudam no processo de aprendizagem, como no desenvolvimento dos traços de carácter, como por exemplo maneirismos, interesses e ideais. Identificações com pessoas que se admiram, amam ou se receiam, estabelecem padrões de reacção adaptativa ou defensiva.

Badaracco (1985), refere que é habitual pensar que o que caracteriza o fenómeno psicótico é a desorganização ou desintegração de Eu, devido a um deficit na identificação primária que terá impedido as identificações secundárias necessárias e adequadas para um bom funcionamento mental. De facto o psicótico, preso às identificações patogénicas, apercebe-se do seu modo interno carenciado, vulnerável e aterrador. O mundo interno quotidiano de estes pacientes é o "accionar" psicótico de identificações parciais, com traços patológicos das figuras parentais (precursores do superego arcaico), que podem ser usadas para criar projectos e programas de vida, ocios e puramente

imaginários, como fazem as crianças, mas mantidos ferreamente por uma "convicção delirante", uma vez que são vitais para a sobrevivência psíquica.

Para Badaracco, a *identificação patológica* é a que *incorpora no psiquismo elementos que vão actuar como uma presença invasora e exigente*, obrigando a uma reestruturação e submissão a outras funções mentais face à sua "presença". Nestas identificações encontramos sempre uma história de situações traumáticas e de momentos dolorosos, de sofrimento intenso. Na forma como aparece a transferência psicótica, afiguram tratar-se de vínculos asfixiantes de espontaneidade, que geram submissão e paralisação através de diferentes mecanismos de introjecção ou identificação introjectiva, que parece ter ocorrido por invasão ou intrusão num Eu frágil e imaturo que, por não se poder defender, se vê obrigado a mimetizar-se, isto é, a transformar-se num outro, perdendo os seus aspectos próprios ou verdadeiros.

Esta identificação é por isso alienante, porque o Eu foi substituído por um objecto estranho e invasor que se apodera do Eu de uma forma "demoníaca".

Tausk (1919), referiu " a máquina de influência para clarificar a invasão deste objecto alienante, e que podemos reconhecer no educador tirânico, como é descrito o pai de Schreber".

5.4. NEGAÇÃO

Laplanche e Pontalis (1967) definem negação como o processo pelo qual o indivíduo, embora formulando um dos seus desejos, pensamentos ou sentimentos até aí recalcado, continua a defender-se dele negando o que lhe pertence.

Para este fenómeno **Freud** apresentou, nomeadamente em "A negação" (1925), uma explicação metapsicológica muito concreta que desenvolve três afirmações estreitamente solidárias:

- A negação é um meio de tomar consciência do recalcado: "Não há prova mais forte de conseguirmos descobrir o inconsciente do que vermos reagir o analisado com estas palavras: "Não pensei isso" ou "nunca pensei nisso".

- O que é suprimido é apenas uma das consequências do processo de recalçamento, isto é, o facto de o conteúdo representativo não atingir a consciência. Daí resulta uma espécie de admissão intelectual do recalçamento, enquanto persiste o essencial do mesmo.

- Por meio do símbolo da negação, o pensamento liberta-se das limitações do recalçamento.

Para **Rycroft** (1968), a negação acha-se especificamente envolvida nas defesas maníacas e, de modo particular, a negação da realidade de alguma parte da mente, ou da realidade psíquica.

Rosenfeld (1983) refere que negar a importância de objectos dos quais o sujeito concretamente depende é um elemento chave das defesas maníacas.

A negação também se acha envolvida na idealização, quando nos livramos dos aspectos maus do objecto deixando um objecto bom imaculado.

Klein (1946) descreveu o mecanismo da negação como ligado à *fantasia de aniquilação e a uma perda real da parte do ego ou do objecto*. Neste sentido *difere da repressão*, que tende a ser a remoção da consciência apenas da realidade de algum acontecimento externo, ou a lembrança dele. A distinção entre negação e repressão deve ser feita quanto ao grau de violência e onipotência. *A negação é uma obliteração onipotente, sem referência à realidade concreta*, enquanto que na repressão a realidade externa é respeitada. Referem-se, tal como os demais mecanismos primitivos de defesa, a uma actividade defensiva de um tipo inicial, primitivo e tipicamente violento, no qual o ego luta com ansiedades psicóticas.

Uma das características realçadas por *Bion* na psicose diz respeito ao ódio à realidade interna e externa, sendo a *negação uma defesa que é igualmente utilizada para negar a realidade externa*, sobretudo quando é maciça e selectiva, distorcendo a realidade, o que é frequente na actividade delirante, em que o doente "apaga" a percepção de uma realidade dolorosa, ou diminui uma ansiedade intensa criando "fantasias".

5.5. Idealização

É definido em *Laplanche e Pontalis* (1967) como o *processo psíquico pelo qual as qualidades e o valor do objecto são levados à perfeição*. A identificação com o objecto idealizado contribui para a formação e para o enriquecimento das chamadas instâncias ideais de pessoa (ego ideal, ideal do ego).

Rycroft definiu a idealização como um processo *que diz respeito ao objecto e pelo qual este é engrandecido e exaltado psiquicamente sem alteração da sua natureza*. A idealização, nomeadamente dos pais, faz necessariamente parte da constituição, no seio do indivíduo, das instâncias ideais. Mas *não é sinónimo da formação dos ideais da pessoa*. Com efeito ela pode incidir num objecto independente, na idealização de um objecto amado, por exemplo. Mas mesmo nesse caso ele é sempre fortemente marcado pelo narcisismo. Freud (1921), refere: "Vemos que o objecto é tratado como o próprio ego e que portanto na paixão amorosa há quantidades importantes de libido narcísica que transborda do objecto".

O papel defensivo da idealização foi sublinhado por numerosos autores, nomeadamente por *Melanie Klein* (1952). Para esta autora a idealização do objecto seria essencialmente uma *defesa contra as pulsões destrutivas*; seria a correlação de uma clivagem levada ao extremo entre um "bom" objecto idealizado e provido de todas as qualidades (por exemplo, o seio materno sempre disponível e inesgotável) e um objecto "mau" cujos traços persecutórios são igualmente levados ao paroxismo.

Rosenfeld (1983) refere ainda que a idealização *envolve vários passos defensivos*:

- É típico encontrar uma idealização do objecto bom, de maneira que possa ser mantido tão distante quanto possível do objecto mau e perseguido e assim evitar confusão, com este. Este processo defensivo combina-se com o mecanismo de negação, o qual por sua vez é recoberto pela onnipotência; é a negação onnipotente que pode negar completamente a existência de objectos maus. No inconsciente este processo é equivalente à aniquilação de todo o relacionamento objectal perturbador, de maneira que é claro que envolve a negação não apenas do objecto mau mas também de uma parte do Eu, que está em relação com o objecto.

Um dos problemas associados é a *impossibilidade do objecto ideal permanecer sendo perfeito*. Qualquer acontecimento de dor ou frustração conduz a uma mudança abrupta para um objecto "mau". Esta imensa precariedade só diminui quando nos aproximamos da posição depressiva e se desenvolve uma certa tolerância de um objecto "bom" que não é perfeito.

Para Rosenfeld os sentimentos maus são inerentes à existência da pulsão de morte e conduzem, em princípio, a um risco de relacionamentos confusos com objectos, nos quais fantasmas destrutivos operam no sentido dos objectos bons, sendo esta a *forma primária da inveja*.

A cisão, que visa manter o objecto e os impulsos bons separados do objecto e dos impulsos maus, é uma defesa que é necessária ao início da vida e destinada a manter o mundo seguramente definido como bom ou mau. A idealização é a fuga aos horrendos e persecutórios círculos viciosos nas relações com objectos "maus" hostis e portanto uma defesa contra o surgimento do conflito pulsional primário.

5.6. A DIVISÃO / CLIVAGEM

Este conceito teve uma história interessante na psicanálise. Os psiquiatras do séc. XIX referiram-se a ele como "dupla consciência" e nos "Estudos sobre a Histeria" Breuer e Freud (1893-1895) consideraram que este fenómeno parecia prevalecer em todos os seus casos. Embora Freud lhe prestasse inicialmente grande atenção, deixou de usar este conceito, predominando o funcionamento impulso-defesa e a teoria da repressão.

Sendo um mecanismo primitivo de defesa, que não foi claramente definido a princípio mas que pode ser hoje sistematicamente descrito com o auxílio de duas discriminações - existe uma cisão do objecto ou do ego, a cisão pode ser coerente (tal como bom versus mau) ou então fragmentadora.

M. Klein confrontou-se muito cedo, no seu trabalho com crianças sobre a importância das variadas formas de cisão, que considerou como a *defesa mais primitiva contra a ansiedade*. O objecto, visado pelas pulsões eróticas e destrutivas, cinde-se em "bons" e em "maus" objectos, que terão então destinos relativamente independentes no jogo das introjecções e projecções. É um processo fundamental na posição esquizo-paranoide e incide sobre os objectos parciais.

Klein (1933), integra de uma forma clara a importância da divisão na vida mental ao expor e desenvolver a *sua teoria das relações de objecto precoce*, que resumidamente passa pelos seguintes processos:

- a criança sente toda a experiência como o resultado da acção dos objectos. Daqui decorre que os objectos são classificados em "Bons" e "Maus" e

segundo as suas acções são sentidos como *positivos* ou *negativos*, *benéficos* ou *maléficos*, que a vão organizando no Eu e na polarização dos instintos de vida e de morte ou destrutividade. O bebé *cliva* a experiência, tem sentimentos inconscientes de *omnipotência*, *mecanismos de negação* do que o frustra e de *idealização* do objecto bom (mãe) para compensar e se opor à perseguição.

A *mãe e as experiências* ou são boas e idealizadas ou más, frustrantes e persecutórias. Quando estes mecanismos são extremos levam a situações de dispersão, dissociação, fragmentação do Eu, que observamos na esquizofrenia, e em que as ansiedades presentes são caracterizadas pelo temor à destruição do Eu.

À medida que o bebé vai reconhecendo a mãe como pessoa completa, objecto total, que é acompanhado e decorrente do desenvolvimento sensorial da visão, olfacto, audição e maturação neurológica, os processos de integração vão-se consolidando e o bom seio que dá e o mau seio que frustra vão-se aproximando na mente da criança e os sentimentos de amor e ódio *alternam e aglutinam-se*, gerando uma mudança radical perante o objecto. As ansiedades presentes são as de temer destruir o outro.

Klein (1946), escreve "Acredito que o ego é incapaz de cindir o objecto sem que uma cisão correspondente se dê dentro do ego". Considera assim que existem *quatro tipos possíveis de cisão*:

- uma cisão coerente no objecto
- uma cisão coerente no ego

- uma fragmentação do objecto
- uma fragmentação do ego.

A distinção entre estas formas pode ser menos clara na prática clínica.

Hanna Segal (1964), clarifica este conceito descrevendo a *divisão* como:

" O que permite ao ego emergir do caos e ordenar as suas experiências. Essa ordenação da experiência, que ocorre com o processo de divisão num objecto bom e num objecto mau, por mais excessiva e extremada que seja a princípio, ainda assim ordena o universo das impressões emocionais e sensoriais da criança, sendo uma pré condição da integração posterior.

É a base do que mais tarde irá transformar-se na faculdade de discriminação, cuja origem é a diferenciação primitiva entre o bom e o mau. Há outros aspectos da divisão que permanecem e são importantes na vida madura. Por exemplo a *capacidade de prestar atenção, de suspender a própria emoção a fim de formar um juízo intelectual, não seria alcançada sem a capacidade de uma divisão temporária e reversível.*

Grotstein (1985) refere a *divisão* como:

" Um fenómeno universal que ocorre em toda a nossa vida quotidiana de modos multivariados; é um mecanismo de defesa fundamental. Pode ser definida como a actividade pela qual o ego discerne diferenças dentro do Self e dos seus objectos ou entre si mesmo e os objectos. No sentido perceptivo há um acto de separação discriminatório envolvido, ao passo que no sentido

defensivo a divisão implica uma fantasia inconsciente pela qual o ego consegue dividir-se da percepção de um aspecto indesejado de si mesmo, ou dividir um objecto em dois ou mais objectos, a fim de situar separadamente qualidades polarizadas e imiscíveis. O ego pode também dividir a percepção de relação dos objectos entre si ou vivenciar o Self como sendo dividido ou fragmentado por uma força supostamente dentro ou além do Self, tratando-se assim de:

- um mecanismo mental e
- uma experiência ou um modo de experienciar ou não experienciar as experiências. "

O experienciar as experiências normalmente requer a separação ou divisão entre o objecto da experiência e a experiência antecedente. Essa distinção, tão necessária na psicologia cognitiva e perceptiva, depende da capacidade do ego de distinguir *figura e fundo*, distinguindo então outras subqualidades e quantificações do objecto. Essa capacidade de distinguir os objectos da experiência baseia-se no princípio da distinção, que deve a sua origem à capacidade incipiente do ego de fazer divisões. A divisão normal tem uma epigénese. A capacidade egoica de dividir os objectos da percepção depende da capacidade do bebé de aceitar a experiência passiva de divisão primária, o acto de separação do nascimento. Uma vez aceite essa divisão primária, o bebé consegue efectuar activamente divisões perceptivas e posteriormente cognitivas do seu mundo objectal.

A divisão como defesa constitui uma fantasia pela qual o sujeito pode vivenciar o ser dividido ou vivenciar uma divisão no objecto que o confronta. O motivo para a divisão no primeiro caso seria alguma necessidade de discriminar prazer e desprazer, dor e bem estar, bondade e maldade, etc. A outra razão para dividir o objecto, deriva de uma tendência a que se desenvolva a ambivalência no bebé: torna-se necessário distinguir as qualidades doadoras de prazer, de dor e da frustração causadas pelo mesmo objecto-do-Self. Emerge, portanto, uma necessidade de distinguir dois seres separados num mesmo objecto parental, e é essa necessidade de sobrevivência que instiga a divisão do objecto, originalmente naquilo que Klein (1921) descreveu como "seio bom" e "seio mau".

Em termos defensivos podemos pensar na divisão *como activa ou passiva*. À divisão activa do Self e do objecto é intencional, quer consciente, quer inconscientemente, ao passo que a divisão passiva parece "acontecer" na pessoa como a experiência de uma confrontação fragmentadora, com uma realidade esmagadora. Na situação clínica é difícil para o paciente e para o analista distinguir a diferença entre os aspectos activos e passivos da divisão defensiva, particularmente quando são excessivos.

Em termos maturativos, para *Grotstein* (1985), a divisão sofre a *epigénese da modalidade de separação*, que passa pelo seguinte desenvolvimento:

- começa como uma função do ego corporal e da imagem do corpo. No *estágio oral* o bebé precisa aprender a morder, mastigar, engolir, assim empenhando a sua boca na actividade de dividir o conteúdo alimentar do seio-

continente e também a dividir o alimento escolhido em fragmentos ainda menores para o engolir - o que apresenta o bebé à perda do objecto, à medida que este é internalizado. A *ansiedade canibalesca* surge quando o bebé teme ter engolido o seio-continente mastigando-o. No estágio anal, a criança precisa de aprender o controle da eliminação separadora que na fantasia é a distinção entre fezes boas e fezes más, e na *fase fálica-edipiana* o sentido das identidades separadas precisa ser aprendido: a distinção entre masculino e feminino. Assim a epigénese da divisão é a epigénese da qualidade da singularidade e de capacidade de separar qualidades, tanto defensivas quanto integrativas.

Está igualmente envolvida em actividades macroscópicas, tais como as discriminações entre dentro e fora, sono e vigília e entre as actividades cíclicas normais em geral. Emerge, portanto, como uma componente importante na ordenação das sequências de actividades, mesmo a ponto de adiar o futuro. *A divisão ajuda a ordenar a sequência para permitir o adiamento.*

A divisão normal, seja ela perceptiva, cognitiva, fenomenológica ou defensiva depende do vínculo com o objecto.

Bion (1962), com a sua *teoria de continente e conteúdo*, oferece-nos o modelo de um objecto que ajuda o bebé a discriminar: dividir em componentes mais utilizáveis os aspectos da comunicação que, a princípio, são insipientemente emocionais.

Greenacre (1941), *Mahler* (1968), *Mahler, Pine e Bergman*, (1975), referem que a mãe ou pai ajudam o bebé a transformar a experiência do pânico

organísmico em ansiedade sinalizadora da preparação adaptativa para os perigos futuros.

Em evoluções patológicas, o paciente pode experimentar-se como fragmentado (patologicamente dividido) devido a uma falha na aquisição de um sentido do Self a partir de um objecto, ou objectos, que não foram empaticamente protectores e doadores de suporte.

O doente borderline ou psicótico, por exemplo, pode acreditar que a fronteira da sua pele é incapaz de o conter, estruturando um sentimento de não ter desenvolvido uma fronteira do Self, tudo isso como legado de uma experiência parental insatisfatória ou falha, real ou fantasiada. Assim a divisão patológica, seja ele vivenciada como activa ou passiva, mostra um precário objecto de apoio antecedente.

Sandler (1960) referiu-se à necessidade de um *objecto protector*, definindo-o como *segurança ambiental*.

Winnicott (1958) define-o como a *mãe ambiental*, em contraste com a mãe objectal.

Kohut (1971, 1977) refere-se a um conceito semelhante como *objecto do Self* (Self-object).

Grotstein (1981) denomina-o *objecto antecedente de Identificação Primária*. Para ele, a *divisão normal*- cognitiva, fenomenológica ou defensiva, é um luxo narcísico legado por um objecto empático do Self, que serve de fundo de segurança para o bebé e o ajuda simbioticamente a experienciar a sua própria separação do objecto antecedente com segurança e a efectuar divisões "à frente", isto é, no campo da visão perceptiva.

b) A Divisão / clivagem patológica

*Envolve a separação da experiência ou do Self que vivencia a experiência, alterando a percepção do objecto por divisões inadequadas, pelo "estilhaçamento" e "fragmentação". O bebé pode dividir o seu objecto primário em objecto bom e objecto mau a partir daí esses objectos divididos relacionam-se com Selves divididos que correspondem a identificações com percepções relativas dos objectos. O acto de dividir pode ser activo ou vivenciado como passivo, **Grotstein** (1985) fala em *divisão macroscópica e microscópica*. A *macroscópica* refere-se a fenómenos como a *dissociação da personalidade*; a *microscópica* é mais subtil e pode aparecer sob muitas formas diferentes.*

*A divisão, tal como as demais defesas esquizoides - a identificação projectiva, a idealização e a negação mágica onipotente, é empregue para proteger o bebé dos sentimentos de perseguição por objectos maus. Estes mecanismos permitem ao bebé, de acordo com **Klein**, dividir e projectar, ou dominar onipotentemente os objectos maus, transpondo-os do interior para o exterior da psique.*

*Mas como os mecanismos esquizoides nunca são completamente bem sucedidos, o bebé vivencia não apenas uma *libertação projectiva do objecto*, mas também *uma identificação com o objecto em que projectou o seu objecto mau*. A melhor forma de imaginar isso é ver o processo de divisão e identificação projectiva sequencialmente:*

a) A divisão e expulsão de um objecto mau da consciência (por exemplo, posse como seio mau), que é então projectado num objecto externo.

b) A introjecção do resultado dessa transacção, de tal modo que o objecto em que se fez a projecção é agora internalizado e ocupa uma posição no mundo interno do bebé. O bebé contém, segundo Klein, uma porção dividida de si mesmo, encapsulada num objecto. *Fairbain* (1963), "outsider" à psicanálise britânica, fortaleceu e influenciou reciprocamente os conceitos de Klein. Chamou a atenção para os *aspectos estruturais de cisão e fragmentação* e do fenómeno de "*colocação em camadas*".

As abordagens de *Fairbain* e *Klein* em relação aos fenómenos de cisão e fragmentação do Self são radicalmente diferentes. De um modo característico, as descrições de Klein exploravam multidimensionalmente um amplo panorama de fantasias variadas e variantes experienciadas pela pessoa a respeito do estado do seu Self. Em contraste Fairbain parecia querer reduzir os fenómenos a segmentos estritamente categorizáveis. Descrevia duas cisões básicas que separavam de um ego central duas estruturas endopsíquicas. Cada uma delas compreendia uma parte do ego, um objecto internalizado com o qual parte do ego se acha identificado e um relacionamento interno entre a parte do ego e o objecto interno. Cada estrutura psíquica é composta do tal "*sistema de relações objectais*" tripartido. Uma delas contém, aspecto libidinal do ego (*ego libidinal*) com o seu objecto libidinal (excitante, ou aceitante); a segunda estrutura endopsíquica contém um ego antilibidinal (o sabotador

interno, reminescente do superego) com um objecto antilibidinal (o objecto rejeitante).

Embora Klein não conceptualizasse desta forma os processos de clivagem, concordou com Fairbairn que na patologia, tanto na histérica como na esquizofrénica, existam tipos especiais de cisão que deixam um sistema de relações objectais não modificado e primitivo numa parte " profundamente inconsciente" da mente (Klein, 1958).

A divisão defensiva transmitida pelo termo "expelido" (split off) envolve sempre a participação auxiliar da identificação projectiva a fim de "translocar" o aspecto dividido da personalidade.

O significado da divisão defensiva reside na experiência de confrontar os *aspectos alienados de si mesmo*. "Expelido" significa realmente que uma parte do próprio ser sofreu alienação, mistificação, mitificação e repersonificação. De facto, tornou-se uma outra pessoa, uma presença estranha no interior.

Trata-se portanto de um *esforço defensivo*, concebido em fantasia, para obliterar um objecto temido, através da sua fragmentação em pedaços. Este tipo fragmentador de ataque ao objecto resulta na cisão do ego num número correspondente de pedaços, cada um deles relacionado com os fragmentos do objecto. Klein considerou este processo como sendo a origem do *medo de aniquilamento* percebida pelo psicótico.

Rosenfeld (1965), descreveu a *clivagem patológica* na esquizofrenia, que considerou ou extrema ou ineficaz, conduzindo ao estilhaçamento e fragmentação. Este funcionamento conduz a uma indiferenciação imprópria com defeito nas fronteiras do Eu e na repressão.

Wynne (1977), conceptualizou *diferentes formas do pensamento esquizofrénico*, que tanto pode ser amorfo, como pantanoso ou fragmentado.

A divisão patológica pode conduzir não só à *incapacidade de fazer discriminação*, como no Eu normal, como pode impedir a capacidade de concatenar as diferentes funções implícitas nas funções mentais, não conseguindo diferenciar entre o bom e o mau objectos, caindo numa confusão de catástrofe psicótica que, quando aumentada por uma identificação projectiva anormal, pode causar, sob o ímpeto da frustração, uma carga maciça ou fundida e confusa de elementos mentais.

É na base deste funcionamento de pensamentos e da mente que provavelmente se organizam os "objectos bizarros", os delírios e as alucinações.

A divisão, juntamente com a identificação projectiva, é um dos denominadores comuns de todos os mecanismos de defesa dos psicóticos. Percorre a escala desde a separação entre o Self e o objecto até à separação arbitrária entre o conteúdo e o continente do objecto. Prosseguindo na epigénese do passivo a activo, ao longo desse continuum encontramos processos como:

- *alienação, o fechamento prematuro, o estilhaçamento, a fragmentação, o retraimento, o isolamento, a formação reactiva, a formação da fobia, a idealização, o fazer anular e o desligamento.*

Grotstein (1985), sugere assim que a divisão passa por uma maturação, chegando a funções mais elaboradas no desenvolvimento normal, e a alternâncias patológicas no desenvolvimento em que, após a fragmentação dos objectos em partículas de elementos sentidos ou imaginados como violentos e hostis, são projectados e reintrojectados.

A Base Neurológica da Divisão

A divisão pode não ser um fenómeno apenas mental, mas ter um paralelo no desenvolvimento neurofisiológico do sistema nervoso central. **Gazzaniga e Le Doux** (1978), entre outros, observaram que o *corpo caloso* e as comissuras cerebrais profundas que unem os dois hemisférios cerebrais só *começam a mielinização*, e portanto o funcionamento, por volta dos três - quatro meses de idade, a qual só se completa na adolescência. A atribuição de Klein (1940) da posição depressiva ao terceiro ou quarto meses pós-natais e a atribuição de Mahler da fase de incubação ao quinto mês, tem uma correlação interessante com esta descoberta. A conclusão das pesquisas de Gazzaniga e Le Doux é que neurofisiologicamente e fenomenologicamente, o indivíduo parece vivenciar duas consciências separadas, bem como dois cérebros para processar os dados de experiência, sendo um deles sensorial, objectivo, abstracto, neurofisiológico, enquanto o outro é espacial, subjectivo, primitivo e orientado para a fantasia.

McLaughling (1978) atribui o processo primário ao hemisfério cerebral direito e o processo secundário ao esquerdo.

A importância maior das descobertas de Gazzaniga e de Le Doux é a de que nos ajudam a compreender que a divisão inata talvez seja um método de obtenção da anestesia da experiência, impedindo que as duas mentes cerebrais se comuniquem com demasiada rapidez. A lenta reunião das conexões das

duas mentes cerebrais permite um lento desenvolvimento da binocularização estereoscópica, em termos neurofisiológicos, o que equivale à aquisição da posição depressiva da separação-individuação com uma conciliação fenomenológica. Seria interessante especular se os bebés destinados a sofrerem posteriormente de doenças fronteiriças e psicóticas terão sofrido uma catástrofe infantil, devido a um desenvolvimento precoce das comissuras binocularizadas (Groststein 1979,1980).

5.7. IDENTIFICAÇÃO PROJECTIVA

Este mecanismo foi conceptualizado pela primeira vez por **Melanie Klein** no texto "Notes on some Schizoid Mechanisms". Neste trabalho, Klein utiliza a identificação projectiva como um *mecanismo de fiscalização das partes mais terríficas do Self no interior do objecto de relação*. A mente ao usar a capacidade onipotente de se libertar de uma parte do Self, coloca-a noutra objecto. O resultado é uma confusão de identidade, uma perda de diferença real entre o sujeito e o objecto.

O sujeito expulsa violentamente uma parte de si mesmo, identificando-se com o não projectado. Ao objecto, por sua vez, são atribuídos os aspectos projectados, dos quais o sujeito se desligou. Esta seria para Klein uma das bases principais dos processos de confusão.

Na teoria Kleiniana, os processos e desenvolvimento nunca são meramente derivados da passagem do tempo e do progresso natural, mas obedecem a uma intenção inconsciente do sujeito.

O bebé para aliviar a sua angústia pode precisar de se desprender de aspectos dolorosos do seu próprio Self, usando a identificação projectiva. Ao livrar-se de sentimentos dolorosos, colocando-os na sua mãe, esta adquirirá inexoravelmente um significado persecutório para o bebé, por exemplo a ameaça que volte a inocular-lhe tais emoções.

A partir de 1952, Klein propõe um equilíbrio entre os processos de identificação, projectiva e introjectiva, como estruturantes do mundo externo e

interno. Compreende-se que é essencial para a normalidade que este equilíbrio possa ser mantido.

É a intensidade e a qualidade que vão diferenciar a normalidade da patologia. O essencial para o processo de integração é que na dissociação predomine o amor e não o ódio.

Klein utiliza a identificação projectiva para explicar as situações patológicas. Se o sujeito tem a fantasia de se meter intensamente dentro do objecto e controlá-lo, sofrerá um temor pela reintrojecção violenta, a partir do exterior, tanto no corpo como na mente. Isto provoca dificuldades na reintrojecção, que leva a alterações do Eu e no desenvolvimento sexual; podem levar o indivíduo a isolar-se no seu mundo interior, refugiando-se num objecto interno idealizado.

As angústias persecutórias, provocadas pela fantasia de entrar à força dentro do objecto, são uma das bases da paranóia. Se o temor predominante for o de ficar preso dentro do objecto, pelo desejo de o controlar, o indivíduo sofrerá angústias claustrofóbicas.

A identificação projectiva foi o instrumento teórico com que os Kleinianos abordaram a análise de pacientes psicóticos e limítrofes. Aprofundaram a compreensão dos fenómenos psicóticos, investigando-os na transferência.

Klein manteve o conceito de identificação projectiva, que havia pormenorizado em "Notas sobre alguns mecanismos esquizoides" bem como

"Sobre a identificação" e nos trabalhos posteriores " Inveja e Gratidão" (1957) e "Narrativa da análise de uma criança"(1960).

Este conceito foi explorado por muitos outros psicanalistas que o elaboraram e enriqueceram.

Steiner, na sua obra "Processo de simbolização na obra de Melanie Klein" (1975), refere que existem diferentes tipos de identificação projectiva que pertencem a diferentes estágios no desenvolvimento da criança, inclusive o do estado pré-natal. *O bebé de poucas horas de vida não projecta da mesma maneira que o bebé de três, seis meses ou de mais de idade.*

Deve levar-se em consideração os vários sentidos pelos quais a projecção é realizada - olfacto, audição, paladar - tal como a velocidade com que a projecção age. Enfatiza que a projecção patológica, ou mesmo evacuadora, é uma forma de comunicação de tipo primitivo, já ocorrendo "in útero", que define como "*sistema osmótico*" de comunicação, no qual os sentimentos contraditórios são comunicados. *A pressão osmótica é um transbordamento de sentimentos ou pensamentos perturbados da mãe*, que devem ficar em segredo e portanto são particularmente anticomunicativos por natureza. O paciente adulto que usa a "pressão osmótica" na análise irá criar muita confusão no analista, que se sentirá constantemente desorientado e enganado se tentar receber o que vem do paciente como uma forma de comunicação. O paciente, por sua vez, também se sentirá perturbado e dominado pelo sentimento de que alguns dos processos mentais secretos do analista entram nele, provocando enorme dano.

Bion, em "Atenção e interpretação" (1970) escreve: " Ao realizarmos uma investigação analítica, devemos estar conscientes do facto de que aquilo que Melanie Klein chamou de *identificação projectiva ocorre mesmo antes do nascimento*; isso implica supor que um embrião pode ter consciência de sensações primordiais". O feto seria sensível a "acontecimentos", eventos como; a sensação da pulsação do seu sangue, da pressão física de um fluido aquoso, como o líquido amniótico, que podem estimular as cavidades ópticas e auditivas.

Para Bion, o feto poderia tomar um rumo errado no desenvolvimento, tornar-se incapaz de ter " sentimentos" ou "ideias" e portanto nascer desprovido de elementos importantes do seu aparelho. Não é muito esclarecedor na distinção entre consciente e inconsciente . O mais próximo que se pode chegar na sua descrição é que essas " ideias" ou "sentimentos" eram acessíveis ou não-acessíveis e se formaram fora do alcance da sua origem. Será o que encontramos na análise dos adultos, em que há que distinguir entre algo que é consciente ou inconsciente e algo que é inacessível. Descreve então pacientes que dizem não terem imaginação nem sonhos, sendo então de considerar a possibilidade de não serem acessíveis.

Bion acredita que este tipo de pensamentos ou de sentimentos inacessíveis, podem, em momentos de confusão emocional, como na adolescência ou em estado latente, vir à superfície e a criança torna-se subitamente incapaz e perde todo o bom senso. Surge um comportamento psicótico.

Hanna Segal (1957) diferencia a representação do Self da representação do objecto, a fim de manter a formação simbólica normal, que se baseia na introjecção de objectos vivenciados como separados do Self. A simbolização está intimamente relacionada com o desenvolvimento do Ego e dos objectos, que ocorre na posição depressiva. A identificação projectiva excessiva no processo psicótico, que elimina a diferenciação entre o Self e os objectos, causa confusão entre a realidade e a fantasia, promovendo uma regressão ao pensamento concreto que produz perda da capacidade de pensamento simbólico.

Warold Searls (1962), no seu artigo "The differentiation between concrete and metaphorical thinking in the recovering schizophrenia patient", afirma que as *perturbações do pensamento concreto dependem da fluidez dos limites do Ego*, quando o Self e o Ego não estão claramente diferenciados. Nos seus casos descreve "*indícios abundantes de grande projecção, não só para seres humanos à sua volta, mas também para árvores, animais, prédios e todos os tipos de objectos inanimados*". Somente quando os limites do Eu se tornaram, pouco a pouco, firmemente estabelecidos por meio do tratamento, é que o pensamento figurado ou simbólico se desenvolve. Tal como os autores já referidos, Searls pensa que a identificação projectiva excessiva, que acarreta fusão entre o Self e o objecto, causa sempre a perda da capacidade de pensamento verbal e simbólico.

Amaral Dias, em trabalhos posteriores (1983, 1984, 1984b, 1984c), desenvolve o conceito sobretudo a partir das formulações de **Grotstein** (1982) e

Odgens (1982). Basicamente considera a identificação projectiva como um *mecanismo fundamental na interacção e na relação de objecto*, mecanismo esse com *sincronias e diacronias extremamente complexas*, mas que se pode estruturar em três tempos:

- Tempo de projecção
- Tempo de recepção pelo objecto, com a consequente transformação do que nele foi projectado.
- Tempo de internalização pelo sujeito do que dele se projectou, sob a forma modificada de resposta objectal.

O mecanismo é, em síntese, a forma sob a qual se estrutura toda a comunicação humana, quer no sentido positivo quer no sentido negativo.

A identificação projectiva pode também servir como mecanismo patológico. Então o sujeito que pratica esta operação mental liberta-se de partes de si (do Self, afectos, objectos internos), que são colocados no interior do outro para as desconhecer em si mesmo. **Lacan** designou este funcionamento por *identificação alienante*, sublinhando esta alienação do sujeito de partes de si mesmo.

No ponto de vista de Amaral Dias, esta modalidade de identificação projectiva deve designar-se por *desidentificação projectiva* ou *projecção evacuatória*. Klein realça na patologia os aspectos evacuativos e controladores, embora hoje se valorize mais o carácter comunicativo deste mecanismo.

No entanto, uma das consequências da *identificação projectiva excessiva* é que o *Ego* debilita-se, ficando submetido a uma dependência extrema das pessoas nas quais se projectaram os aspectos bons, para voltar a recebê-los delas, ou os aspectos maus, para os controlar e assim poder proteger-se da ameaça de introjecção.

Ainda **Amaral Dias** (1988) realça que na *psicose a identificação projectiva é anti-comunicante, anti-empática, evacuadora de ódio e desintegradora*. É alienante numa parte do Self em relação ao Self total, ou absorvente do Self por um objecto nuclear; o psicótico desconhece-se para sobreviver ao ódio incurável desintegrador e explosivo. A natureza e a qualidade da fantasia evacuadora ou contida no objecto depende também da qualificação taliónica. Se atinge uma parte do sujeito, temos angústia de castração; se é todo o sujeito, teremos angústia de fragmentação.

Quando M. Klein fala de identificação projectiva excessiva não é apenas a frequência com que é empregue, mas o excesso de crença na onipotência ao ser executada.

Rosenfeld (1964) diz que o objecto deixa de ser independente. Dá-se uma *fusão do Self com o objecto* e isto representa, entre outras coisas, uma *defesa contra a separação, a necessidade e a inveja*.

Amaral Dias refere também que Rosenfeld (1965,1969) retoma no essencial alguns conceitos de Klein sobre a identificação projectiva. Do seu

trabalho e de acordo com Grinberg podemos extrair seis modalidades diferentes de identificação projectiva como:

a) *Método de comunicação*

b) *Negação da realidade psíquica* - frequente na clínica e consiste essencialmente na utilização de identificação projectiva como forma de evacuar no interior do analista os conteúdos mentais perturbadores.

c) *Controle onipotente do corpo e da mente do analista* - também é comum na análise de certos doentes psicóticos, os quais fantasiam ter penetrado onipotentemente o analista, invadindo-o com ansiedades primárias. O analista é então percebido como se estivesse enlouquecido, ameaçando por isso com a sua presença a reintrojecção das "partes loucas" do doente. A consequência é fundamentalmente um temor de desintegração. É obvio que este tipo de identificação projectiva leva ao pensamento concreto, à confusão entre realidade e fantasia e à perda da capacidade simbólica.

d) *Defesa contra a inveja* - quando o doente experimenta violentos sentimentos de inveja em relação às qualidades do analista . Podem ocorrer duas formas de defesa: *identificação projectiva defensiva, através da qual o doente dissocia e projecta num objecto, outro que não o analista, as suas partes invejosas; outra, a identificação projectiva total, quando a inveja é negada, através de uma identificação fusional com o analista, atribuindo-se então o doente a ele próprio o valor que atribuía ao objecto.*

e) *Relação objectal parasitária* - é o mesmo mecanismo de identificação projectiva total. O doente tem a fantasia de viver inteiramente dentro do analista, numa verdadeira relação objectal parasitária. Estes doentes têm uma atitude de extrema passividade e inércia, defendendo-se de toda a emoção dolorosa e usando a vida do analista como forma de sobrevivência.

f) *Certas formas de alucinação ou delírio* seriam, segundo Rosenfeld, modos peculiares de uso da identificação projectiva, ou seja, formas de "viver" certamente dentro do objecto.

Para *Meltzer* (1990) o conceito de identificação projectiva é um conceito essencial e muito diferente do anterior conceito freudiano de projecção. Enumerou os diferentes motivos conducentes à utilização da identificação projectiva maciça - a intolerância à separação, o contróle onipotente (utilizado quando a diferenciação entre o bom e o mau está pobremente definida), a inveja, os ciúmes delirantes e possessivos, a desconfiança do objecto e a excessiva angústia persecutória.

Grotstein (1981), introduz a partir do conceito de identificação projectiva o conceito de *desidentificação*, que caracteriza sumariamente:

- Opõe-se à identificação projectiva realista, à empatia.
- Visa recuperar a identificação.
- O "Eu" deseja expelir algum conteúdo mental, projectá-lo num objecto e depois cortar qualquer ligação com ele.

- Pela desidentificação adia-se o confronto com alguma experiência intolerável, negando-a, destruindo e literalmente obliterando o senso de realidade .

Bion (1959 a 1962), considerou este conceito extremamente complexo, bem como a categorização em normal e anormal. Situa a diferença *no grau de violência na execução do mecanismo, considerando dois objectivos alternativos da identificação projectiva:*

1. Evacuar de modo violento um estado mental penoso, conduzindo-o a um ingresso forçado num objecto, na fantasia, para alcançar alívio imediato e, amiúde, com o objectivo de um contróle intimidador do objecto, que é o funcionamento que encontramos na psicose com objectos bizarros.

2. Introduzir no objecto um estado mental, como meio de comunicar com ele a respeito desse estado.

A diferença entre evacuação e comunicação é decisiva, ainda que, em qualquer caso determinado, possa haver uma mistura entre eles. Na prática é importante distinguir estas duas situações.

Este autor, ao introduzir uma outra noção, a de "**capacidade de rêverie**" da mãe, indicou que o objecto receptor transforma o que nele é projectado devolvendo-o em seguida transformado, àquele que se projectou, o que vem a constituir um afinamento e um artifício fundamental no conceito.

Ainda Bion ao fazer a distinção entre o funcionamento psicótico e não psicótico delimitou as *marcas destrutivas do uso patológico, anormal, da identificação projectiva* (maciça ou excessiva), que são:

- o grau de ódio e violência da cisão e da intrusão;
- a qualidade de controle onipotente e portanto de fusão com o objecto;
- a quantidade de Ego que é perdida;
- o objectivo específico de destruir a percepção especialmente da realidade interna.

Em contraste, como já afirmámos anteriormente, a identificação projectiva "normal" tem o objectivo da comunicação e da empatia e desempenha um papel importante na realidade social.

A sua obra sugere a importância máxima da identificação projectiva nos fenómenos patológicos e normais. Faz da identificação projectiva uma chave para a compreensão da psicose. Diz:

" Não penso que um progresso real com pacientes psicóticos tenda a ocorrer enquanto não se der o devido peso à natureza da divergência entre a personalidade psicótica e não psicótica e, em particular, ao papel da identificação projectiva na parte psicótica da personalidade, como substituto da regressão na parte neurótica da personalidade" (1957).

O *recurso maciço à identificação projectiva na psicose* depende, segundo Bion crê, de quatro aspectos:

- um conflito entre os instintos de vida e de morte;
- predominância dos impulsos destrutivos;

- ódio pela realidade externa e interna;
- uma relação ténue, mas obstinada.

A identificação projectiva é dirigida contra o aparelho da percepção e faz com que ele seja dividido em fragmentos expelidos nos objectos. O psicótico tem dificuldade em introjectar, não consegue sintetizar os seus objectos; consegue apenas aglomerá-los e comprimi-los.

Em "Second thoughts", Bion explora os aspectos da identificação projectiva na esquizofrenia. Num artigo "On arrogance" (1957), desenvolve o conceito de "Objecto obstrutivo" em que existe uma configuração de três funcionamentos:

- 1- arrogância
- 2- estupidez
- 3- curiosidade

Ocorrem comumente nos esquizofrénicos, devido a uma série de acontecimentos nos primeiros tempos da vida do bebé, que projecta o seu medo de morrer numa mãe cuja capacidade de "rêverie" é insuficiente. Como resultado da sua deficiência, o bebé desenvolve a fantasia de uma *mãe destrutiva ou deficiente*, com quem se identifica a um certo nível, bem como de uma *mãe obstrutiva*, que se recusa deliberadamente a conter as suas projecções. Ao mesmo tempo, a sua perigosa curiosidade é transformada e converte-se na arrogância da estupidez e não na arrogância da curiosidade, sendo caracterizada pela identificação projectiva maciça de todos os conhecimentos ou acréscimos dos conhecimentos da psique. Neste artigo Bion

atribui à mãe com "rêverie" a responsabilidade *de pelo menos 50% da interacção*. Partindo daqui para posteriores conceptualizações fundamentais de continente e conteúdo.

No artigo de 1958 "Sobre a alucinação", sugere que as *alucinações* contêm elementos da mente e dos órgãos sensoriais. Os doentes psicóticos que Bion analisou projectaram-lhe invariavelmente os aspectos maus de si próprios e portanto imaginavam-no mau ou persecutório; depois ingeriam ou introjectavam esses mesmos aspectos para finalmente os projectarem no espaço através dos órgãos sensoriais.

Por exemplo, o paciente recebia algo mau, proveniente dos ouvidos que projectava através dos olhos. As interpretações eram recebidas e evacuadas dessa maneira, tal como acontece no sonho para o psicótico, em que apenas se verificam evacuações do material que foi absorvido durante as horas de vigília. Os sonhos psicóticos, diurnos ou nocturnos, seriam, na verdade, alucinações e identificações projectivas maciças, com e dos órgãos sensoriais, de modo a livrar a mente dos acréscimos de estímulos que estariam a perturbar o doente.

5.8. OMNIPOTÊNCIA

Os estágios iniciais da primeira infância são caracterizados por pensamentos, sentimentos e fantasias onnipotentes. Para **Klein** a importância da onnipotência liga-se a temores de uma destrutividade onnipotente e ao facto de certas actividades da fantasia, especialmente envolvidas nos mecanismos primitivos de defesa (*absorver, expelir e aniquilar*), terem efeitos profundos e permanentes sobre o desenvolvimento do Ego e as suas relações objectais características. Estas fantasias onnipotentes seriam *defesas contra a experiência da separação, dependência e inveja*.

Nos funcionamentos narcísicos as defesas onnipotentes também podem criar confusões entre o Self e o objecto, as quais persistem como "relações objectais narcísicas onnipotentes (**Rosenfeld** 1983), conduzindo a um "estado de narcisismo" duradouro (**Segal**, 1973) nos quais se dá uma retirada para um estado mental em que fantasias onnipotentes de identificação vêm para primeiro plano. **Segal** (1983) menciona a *posição esquizo-paranóide* como a "posição narcísica" uma vez que o uso de identificação projectiva se tornou quase sinónimo de narcisismo na literatura Kleiniana.

Bion e **Rosenfeld** distinguem, como já referimos, dois tipos de identificações projectiva, com base no grau de onnipotência de fantasia. Quando esta é onnipotente a identificação de uma parte do Self com o objecto resulta na dissolução da fronteira entre eles, de maneira que um é o outro.

Rosenfeld (1964) também demonstrou que a identificação onnipotente, através de introjecção, resulta numa perda similar de fronteiras, na qual o objecto introjectado se funde onnipotentemente, na fantasia, com uma parte do Self. A marca diferenciadora dos estados narcísicos é uma

identificação onipotente por projecção ou introjecção, com uma violência que desfaz a fronteira existente entre o Ego e o objecto com uma consequente perda de consciência da realidade interna e externa.

Rosenfeld no artigo de 1971 "Narcisismo destrutivo e pulsão de morte" refere que: "A idealização do Self é sustentada por identificações projectivas e introjectivas onipotentes com objectos ideais e as suas qualidades. O narcisista sente que tudo o que é valioso nos objectos externos e no mundo externo é parte dele ou é controlado de forma onipotente por ele. "

Freud (1914) considerava que na patologia narcísica havia uma perda de todo o investimento objectal e portanto ausência de transferência (*indiferença pelos objectos*). No entanto também descreveu o narcisismo em relação ao amor do narcisista pelo seu Self e em relação à sua auto-estima.

"Tudo o que uma pessoa possui ou conquista, todo o resíduo do sentimento de onipotência primitivo, quer seja vivenciado, ou confirmado, ajuda a aumentar a auto-estima"

Este tipo de narcisismo age como um *protector essencial do Self* e alguns pacientes tornam-se excessivamente vulneráveis quando, através de frustrações e humilhações, a protecção narcísica é rompida e cria brechas. É por isso *essencial distinguir entre o lado positivo da idealização do Self e o seu lado negativo.*

Ao considerarmos o narcisismo na sua vertente destrutiva observamos que a idealização do Self desempenha um papel fundamental, mas são as partes destrutivas e onipotentes do Self que são idealizadas. São

dirigidas contra qualquer relação objectal e libidinal positiva e contra qualquer parte libidinal do Self que sinta a necessidade de um objecto e o desejo de depender dele.

Frequentemente as partes destrutivas e onipotentes do Self permanecem disfarçadas ou podem ser não manifestas e cindidas, ocultando a sua existência. Dá a impressão de que não têm um efeito muito forte na prevenção de relações objectais dependentes e na manutenção de objectos externos permanentemente desvalorizados, explicando assim a aparente indiferença do indivíduo narcisista em relação a objectos externos e ao mundo.

Na análise tais pacientes sentem-se humilhados e vencidos pela relação com o objecto externo que, na realidade, contém as qualidades valiosas que eles haviam atribuído aos seus próprios poderes criativos. Uma função primária do estado narcísico e onipotente foi ocultar qualquer consciência de inveja e de destructividade e poupar o próprio paciente a esses sentimentos. À medida que a análise chama a atenção do paciente para a existência desses desejos, diminuem os seus sentimentos de ressentimento e vingança. A inveja pode então ser sentida conscientemente e o analista pode ser gradativamente reconhecido como uma pessoa externa importante que pode ajudar.

Nos doentes psicóticos as partes narcísicas destrutivas do Self estão ligadas a uma estrutura ou organização psicótica que é cindida do resto da personalidade.

Essa estrutura psicótica é semelhante a um mundo ou objecto delirante, no qual partes do Self tendem a recolher-se. Parece ser dominada por

uma parte onipotente ou onisciente extremamente implacável, que cria a ideia de que, dentro do objecto delirante, há uma total ausência de sofrimento e também a liberdade do indivíduo se entregar a qualquer actividade sádica. Toda a estrutura está comprometida com auto-suficiência narcísica e é estritamente dirigida contra qualquer relação objectal.

Clinicamente é essencial ajudar o paciente a encontrar e resgatar a parte sã e dependente do Self da sua posição fixada dentro da estrutura narcísica e psicótica, essa parte é o elo essencial na relação objectal positiva com o analista e o mundo.

Em segundo lugar, é importante ajudar gradativamente o paciente a adquirir plena consciência das partes onipotentes e destrutivas cindidas do Self que controlam a organização psicótica, porque esta só pode continuar sendo toda poderosa em isolamento. Quando esse processo é totalmente revelado fica claro que contém os impulsos invejosos e destrutivos do Self, que ficaram isolados, e então a onipotência, que possui um efeito hipnótico sobre a totalidade do Self, é esvaziada e a sua natureza infantil pode ser exposta.

Em resumo, o paciente pouco a pouco torna-se consciente de que é dominado por uma parte infantil e onipotente de si mesmo, que não só o arrasta para a morte como também o infantiliza e o impede de crescer, mantendo-o afastado de objectos que poderiam ajudá-lo a crescer e a desenvolver-se.

5.9. Inveja / Pulsão agressiva

O termo *inveja* possui uma longa história na psicanálise, mas o seu significado tem variado. *Freud* (1925, 1931) introduziu este conceito relacionando-o com a *inveja do pénis*, que seria o problema específico na evolução psicológica das mulheres. Contudo, muitos analistas e outros autores têm contestado e comprovado clinicamente novas leituras da psicologia feminina.

Foi *Melanie Klein* que, em 1957, no seu trabalho "Inveja e gratidão" veio descrever de uma forma precisa o conceito de *inveja primária*, como uma pulsão agressiva que o bebé sente desde o começo de vida, dirigida ao seio da mãe, com o desejo de danificar os aspectos bons e protectores que o objecto nutritivo ofereceu.

A inveja e gratidão constituem dois factores dinâmicos que se integram normalmente no psiquismo a partir do nascimento, determinando em parte as características das relações de objecto precoces.

Neste trabalho tão discutido, Klein separa a *inveja da frustração e da ambivalência*. Não são os elementos frustrantes do objecto materno ou da situação ambiental que provocam a pulsão invejosa. Para Klein, a *inveja provém do sujeito, é endógena, a sua finalidade é atacar o que o objecto tem de bom e valioso*. Afirma que os efeitos inconscientes da inveja interferem intensamente nos processos de gratidão normal. Propor que a inveja seja constitucional significa sublinhar o factor interno, inato, pessoal, que não seria originada na situação externa que decepciona ou frustra. Pelo contrário, *põe-se em evidência*

ou acentua-se justamente quando o sujeito sente gratidão. Este seria o aspecto irracional, paradoxal, da inveja.

Aqui a teoria Kleiniana volta a romper com a descrição naturalista, de como se sucedem os fenómenos que relacionam a realidade externa com a interna. Se com o nosso senso comum tendemos a pensar que perante uma situação gratificante reagimos com bons sentimentos, Klein complica, com esta ideia que aponta para um processo contrário; a inveja ataca o que o outro nos oferece, porque não podemos tolerar que estas capacidades nos sejam alheias, mesmo que, no caso, sejamos os beneficiários delas.

Etchegoyen, no artigo " *As teorias psicanalíticas da inveja*" (1981), faz uma clara *revisão dos antecedentes deste conceito em psicanálise*:

- situa a teoria freudiana, da inveja do pénis na mulher, como uma força primária, que dirige a evolução da sua sexualidade e do Complexo de Édipo, que em condições patológicas leva a uma grande deformação do carácter e a traços masculinos ou à homossexualidade, latente ou consumada.

- Freud não se refere a uma pulsão invejosa equivalente no homem.

- menciona Abraham e Eisler, que falaram da inveja como um importante factor da personalidade, vinculado a pulsões destrutivas, na etapa oral do desenvolvimento psicosssexual.

- Considerou que o trabalho de Joan Rivière "A inveja como mecanismo de defesa" (1932), esclarece a teoria da inveja primária de Klein. Neste artigo é descrito o caso de uma paciente com intensas reacções de ciúme perante o marido. Rivière afirma que o ciúme é uma defesa Egosintónica

da paciente, para ocultar sentimentos invejosos para com ele, que consistem na pulsão de se apoderar de coisas que ele possui, com intenção de lhas tirar.

Estabelece-se uma comparação entre ciúme, como expressão de uma relação triangular, e a inveja, como um vínculo diádico destrutivo, que teria as suas raízes na relação do bebé com o seio.

Klein tinha mencionado esporadicamente, desde os primeiros momentos da sua obra, a existência de sentimentos invejosos ligados à **voracidade**. São fantasias de roubar, esvaziar e destruir o corpo da mãe. No seu trabalho de 1957, inclui a inveja como um elemento psicológico muito importante no desenvolvimento precoce. Denomina-a de *primária, porque voltada para o seio da mãe, primeiro objecto com que se vincula a mente do bebé*. Esta é uma das ideias de maior controvérsia no pensamento Kleiniano.

Mesmo os autores da relação objectal precoce não aceitam a inveja como pulsão primária, ou força endógena, na acção da pulsão de morte sobre o indivíduo, nem numa perspectiva instintiva.

Pensamos que se pode concordar com o conceito de inveja sem que isso implique apoiar a ideia de pulsão de morte ou de que tais pulsões existiram no recém-nascido.

Na análise clínica de casos de narcisismo, psicose, perversões ou de reacções terapêuticas negativas, podemos entendê-los com mais riqueza e

profundidade quando é possível integrar a inveja na compreensão dos processos mentais.

Klein destaca a importância de diferenciar *entre inveja, ciúme e voracidade* como pulsões que interferem na introjecção do objecto bom. Assim:

- *A inveja*, como já referimos, é um sentimento de ódio contra outra pessoa que possui uma qualidade desejada.

- *No ciúme*, em compensação, existe uma relação triangular em que se deseja possuir a pessoa amada e eliminar a rival. Hanna Segal (1973) considera que o ciúme é uma relação de objecto total, enquanto a inveja ocorre especialmente com objectos parciais. Quando existe para com um objecto total, perturba a elaboração da posição depressiva.

- *A voracidade* quer extrair tudo o que de bom o objecto possui. É uma pulsão insaciável, que sempre exige mais do que o objecto pode ou quer dar. O seu objectivo principal não é destruir, como é o caso da inveja.

A inveja teria um resultado tão prejudicial para o desenvolvimento mental que, ao arruinar as capacidades e bondades do objecto, destrói a própria origem da bondade e da criatividade. Na clínica podemos encontrar estas três pulsões ou emoções combinadas.

Melanie Klein (1957), integra a inveja na sua teoria das posições. Se as pulsões invejosas forem intensas, atacam o objecto ideal, gerador do sentimento invejoso, alterando o processo de dissociação normal da posição esquizo-paranóide. Isto produz uma confusão entre o bom e o mau, *não se*

conseguindo dissociar o objecto ideal do persecutório, ficando gravemente perturbados os processos de introjecção do objecto bom, que são a base para o êxito da estabilidade mental. Assim, fica dificultada a capacidade de gozo e criatividade. Estabelece-se um circulo vicioso, no qual a inveja impede a introjecção adequada, o que, por sua vez, a acentua. Os Kleinianos consideram estas dificuldades precoces de introjecção e os processos de fragmentação dos objectos como a base de futuros transtornos psicóticos.

O excesso de inveja também *pode acentuar a dissociação entre o objecto idealizado e o persecutório*, o que impede a sua posterior integração e a elaboração da posição depressiva.

Ao considerar algumas defesas contra a inveja *Klein* menciona:

1. Os mecanismos precoces de dissociação, onipotência e negação são reforçados pela inveja.
2. A confusão é muitas vezes usada de maneira defensiva, para se opor à perseguição, bem como à culpa por ter danificado o objecto bom.
3. A fuga da mãe para outras pessoas, que são idealizadas, constitui uma defesa para se afastar das pulsões invejosas para com o objecto primário; se estas forem muito intensas, ficam perturbadas as relações subsequentes.
4. A desvalorização do objecto para diminuir o ataque invejoso.
5. A desvalorização da própria pessoa, como forma de negar a inveja.

6. Procurar despertar inveja noutras pessoas, para não sentir a própria, leva a uma incapacidade de gozar com os próprios êxitos e temer danificar os objectos amados.
7. Bloquear tanto os sentimentos invejosos como os de amor, o que se expressa como indiferença. Muitas vezes estas pessoas procuram afastar-se do contacto com os outros, principalmente se lhe forem significativos.
8. O *acting out* é empregue, por vezes, para manter a dissociação, evitando a integração dos sentimentos invejosos.

No artigo "A interpretação da inveja" Etchegoyen, Lopez e Rabih (1987) destacam a importância de enunciar e interpretar os sentimentos invejosos no vínculo transferencial, independentemente das controvérsias sobre o desenvolvimento psíquico precoce ou a teoria pulsional.

Confirmam a utilidade da teoria da inveja primária para resolver certos aspectos de transferência negativa.

Dizem: "O que se pretende quando se interpreta a inveja é que o analisando se dê conta de que as pulsões hostis não dependem da frustração, mas da intolerância em receber algo de bom que o outro tem e oferece. Se isto ocorrer o analisando aceitará, com mais intensidade, que os seus conflitos não dependem apenas da conduta dos outros, mas também da própria. Desta forma a inveja pode gerar frustração, enquanto impede de receber o que está disponível. Por outras palavras, a relação entre inveja e frustração é de via dupla, pois a frustração provoca inveja e a inveja leva à frustração"

Klein pensa que a inveja pode ser largamente resolvida na análise, mas é evidente que esta teoria, elaborada no último período da sua vida, apresenta uma importante limitação à possibilidade de êxito da análise. Principalmente se levarmos em conta que as pulsões invejosas também são dirigidas ao ataque do objecto total na posição depressiva, o que explicaria as grandes dificuldades que, às vezes, surgem no processo de término de uma análise. Assim, a teoria Kleiniana da inveja fornece elementos técnicos que permitem abordar situações difíceis e destrutivas no tratamento analítico, mas também põe um limite ao excessivo optimismo terapêutico que Klein tinha nos primeiros períodos da sua obra.

Desenvolvimentos posteriores em relação à teoria da Inveja

Nas elaborações posteriores sobre a teoria de Klein, a inveja ficou em segundo lugar, em relação à identificação projectiva. Apesar disso, foi consideravelmente ampliada, ainda que virtualmente nenhum comentário externo ao grupo Kleiniano tenha sido de importância.

Hanna Segal (1987) passou em revista a relação existente entre a inveja e a pulsão de morte. Volta a reafirmar que desde o nascimento essa pulsão se manifesta sob variadas formas, inclusive de modo projectivo. Quando um objecto externo ameaça o Self, o elemento de destructividade que permanece dentro volta-se no sentido do objecto externo ameaçador. O outro, internamente ameaçado, destrói o Self que percebe e integra as percepções dos objectos.

Embora a inveja e a pulsão de morte sejam ambas ataques às pulsões de vida e aos objectos desses impulsos, no estado de inveja a pulsão de morte encontra-se fundida com as pulsões de vida. Então a destructividade dirige-se para um objecto que excita uma necessidade, e portanto amor. Ele pode ser odiado pela sua capacidade de excitar, mas é também a satisfação da necessidade que é excitada. Desta forma a inveja envolve tanto as pulsões de vida (o reconhecimento das necessidades e a presença no sentido do objecto), como a pulsão de morte (ataques ao objecto e à capacidade de o perceber).

A fusão na inveja persistente, dominada pela pulsão de morte, contrasta com as formas mais normais e saudáveis de integração, que são dominadas pelas pulsões de vida. No último caso as premências libidinais alcançam sucesso em estabelecer relações objectais amorosas e continuar com a evolução através das fases libidinais.

A inveja conduz a diversas *ansiedades paranóides*, através dos característicos círculos viciosos já descritos por Klein, em que realçamos o processo de introjecção forçada, em resultado do forçar invejoso (projecção) do Self para dentro do objecto, a fim de o ocupar e estragar. Podem existir igualmente fantasias temerosas de uma entrada retaliatória no bebé para o estragar, uma vez que este último tenha atingido o estágio de percepção de objectos separados, não onnipotentemente possuídos e controlados. Na verdade, esta terrível introjecção retaliatória forçada *constitui uma inibição ao reconhecimento emergente da qualidade da separação*.

Quando a inveja é forte pode haver uma fantasia igualmente onnipotente de agressão *introjectiva*, uma absorção com violência danificada, de maneira que o objecto é estragado através de uma forma violenta de posse e controlo. *O estado interno, então, permanece sem nutrição, com uma forma continuamente insatisfatória*. A voracidade pode resultar numa acumulação de objectos danificados dentro de si, cada um deles provocando maior exigência e fome por um objecto bom que seja absorvido para aliviar o estado interno em piora continua.

6. Funcionamento mental Psicótico

Em relação ao funcionamento mental do psicótico utilizámos como modelo de compreensão a teoria de *Bion* sobre o desenvolvimento do pensamento esquizofrénico e a diferenciação entre a personalidade psicótica e a personalidade não psicótica, conceptualizadas na sua obra "Second thoughts" (1967).

Assim, para este autor, a personalidade psicótica não equivale a um diagnóstico psiquiátrico, mas a um modo de funcionamento mental coexistente com outros modos de funcionamento. Para ele todo o indivíduo, mesmo o mais evoluído, contém potencialmente funcionamentos mentais e respostas derivadas da personalidade psicótica, que se manifestam como uma séria hostilidade contra o aparelho mental, a consciência, a realidade interna e externa.

Rosenfeld e Segal produziram bastante material clínico ao analisar o pensamento cindido da personalidade destes pacientes que já referimos nos capítulos anteriores.

No entanto todos estes autores tiveram como ponto de partida para os seus trabalhos sobre o pensamento duas ideias formuladas por Klein.

Klein (1921, 1928) interessou-se bastante pela pulsão epistemofílica e no modo pelo qual as ansiedades das crianças interferiam na sua curiosidade intelectual: Pensava que as ansiedades eram causadas basicamente por fantasias de exploração do interior da mãe e da destruição dos seus conteúdos. Mas não fez do pensar e dos distúrbios do pensamento um tema central do seu trabalho.

Como referimos, duas ideias fundamentais vieram influenciar analistas posteriores.

Uma foi a sua teoria sobre símbolos (1930), em que Klein diz que o interesse pelo objecto original, o corpo da mãe, é reprimido e deslocado para objectos do mundo externo. Se a ansiedade em relação ao corpo da mãe é muito aguda devido aos ataques fantasiados acerca dele, nenhum deslocamento ocorre e a formação de símbolos fica paralisada.

Segal (1957) estabeleceu uma distinção entre a formação de símbolos na posição esquizo-paranóide que chamou de símbolo propriamente dito. Nas equações simbólicas o símbolo é confundido com o objecto a ponto de ser o objecto, dá um exemplo de um homem psicótico que não conseguia tocar violino porque isto significaria masturbar-se em público. Num tal estado mental, o ego, pela via da identificação projectiva, é confundido com o objecto. Na posição depressiva, é maior a percepção da diferenciação e separação entre o ego e o objecto, bem como o reconhecimento da ambivalência em relação ao objecto, por isso o símbolo, na recriação do ego, é reconhecido como sendo separado do objecto.

Ele representa o objecto em vez de ser equacionado a ele. Torna-se disponível para ser usado com o fim de deslocar a agressão e a libido dos objectos originais para outros, como Klein (1930) descreveu no seu artigo sobre o simbolismo.

Símbolos verdadeiros, enquanto distintos de equações simbólicas, frequentemente referidas como "símbolos concretos" são assim o precipitado do luto intrínseco à posição depressiva. Representam o reconhecimento da

existência independente do objecto. Segal descreve o processo através do qual fantasias inconscientes são utilizadas como hipóteses (pré-concepções, na teoria de Bion) a serem testadas no encontro com a realidade, levando à discriminação entre realidade interna e externa. Estabelecem a base para o pensar e o uso de símbolos propriamente ditos.

A segunda ideia importante de Klein sobre o pensar refere-se ao processo de identificação projectiva, que vai ser o conceito central no desenvolvimento da teoria do pensar de Bion que teve um profundo efeito sobre o repertório conceptual e técnico de todos os analistas Kleinianos.

Bion elabora e dá início a uma ampla viagem teórica / clínica, tomando como ponto de partida as dificuldades que estes doentes têm em efectuar elos de ligação intelectual e emocional, por o *pensamento ser permeado por identificações projectivas patológicas.*

Foi na tentativa de entender as formas complexas anormais de como estes doentes utilizam o aparelho mental que levou Bion a conceptualizar a formação e dinâmica do pensamento normal, que descreve em diferentes visões, condensadas nos seus dois trabalhos "Aprender com a Experiência" e "Segundos Pensamentos" de que vamos realçar algumas concepções principais.

O Processo de pensar

No corpo dos seus trabalhos, Bion sugere três modelos para compreender o processo de pensar.

1. O Acasalamento de uma pré-concepção com uma realização.

Inicialmente ao desenvolver a sua teoria de pensar, Bion apoiou-se nos conceitos Kleinianos de posição esquizo-paranóide e de identificação projectiva. Considera que existe uma apreensão inata da ligação de dois objectos e do relacionamento entre eles, baseado na expectativa inata do relacionamento entre boca e mamilo, pénis e vagina. Bion tentou colocar um grau matemático de rigor nos seus termos:

a) **Pré-concepção.** Este termo representa um *estado de expectativa*. É a contrapartida de uma variável na lógica matemática ou de uma incógnita na matemática. Possui a qualidade que Kant atribui a um *pensamento vazio*, que pode ser pensado mas não pode ser conhecido.

b) **Concepção.** É o que resulta quando uma pré-concepção se acasala com as impressões sensoriais apropriadas. Existe uma expectativa inerente de união de dois objectos para constituir um terceiro que é mais que a soma das duas partes. Esse relacionamento é visto por Bion como sendo a propriedade subjacente à construção dos pensamentos.

Numa compreensão de desenvolvimento humano, o bebé nasce com aptidões inerentes, isto é com um conhecimento ou capacidades inatas. Uma delas é a capacidade de ter experiências psicológicas.

Bion descreveu a "*história evolutiva*" de um pensamento, que acontece pelo seguinte processo: uma pré-concepção inata tal como a expectativa neural e anatómica que a boca tem de um mamilo, encontra uma "*realização*" (o mamilo real entra na boca); o resultado disso é uma concepção. As concepções são o resultado de conjunções satisfatórias.

Este modelo é semelhante à ideia de Segal de uma fantasia inconsciente que é usada como hipótese a ser testada no encontro com a realidade.

2. O acasalamento com uma ausência

Freud, encarava o desenvolvimento do pensamento como surgindo da ausência de uma satisfação. Bion considerou a situação em que *uma pré-concepção tem de acasalar-se com a ausência de uma realização*:

" É um pensamento o mesmo que a ausência de uma coisa? Se não existe "coisa", é a "não coisa" um pensamento e é por virtude do facto de existir uma não "coisa" que se reconheceu que "ele" tem de ser um pensamento?"
(Bion 1962)

Para o bebé, a ausência de um seio é uma presença tão concreta, quanto o seio presente, o ausente é conhecido como "não-seio". Este "não-seio" para o bebé está associado a sensações corporais desagradáveis e é interpretado como derivando das intenções de um objecto mau (malevolamente motivado). Tal objecto, neste estágio, possui um sentido muito poderoso de realidade para o bebé, mas trata-se na realidade da existência e localização de

um motivo, antes de ser a percepção de um objecto fisicamente identificado, tal como é geralmente concebido pelos adultos.

Para Bion, quando o ego do bebé consegue tolerar a experiência do objecto mau que o ameaça bem como a experiência de perda do objecto bom, será capaz de experienciar o "pensamento" de um objecto, ao mesmo tempo que reconhece a sua ausência real. A capacidade de distinguir o pensamento do objecto em si, ou de alucinações do objecto, constitui um pré-requisito para o pensar.

A criação de um pensamento, então, torna necessário o desenvolvimento de "um aparelho para o pensar".

" Como a capacidade de construir, uma ponte sobre o abismo da frustração, que se forma entre o momento em que uma falta é sentida e o momento em que a acção apropriada para satisfazer a falta, culmina pela satisfação desta " (Bion, 1962).

Se tudo corre bem no processo de interacção e desenvolvimento as impressões sensoriais são convertidas, através do acasalamento com pré-concepções, em pensamentos utilizáveis, isto é, distingue aquelas frustrações toleráveis que podem ser usadas para desenvolver o pensar (elementos alfa) de outros conteúdos mentais que são sentidos como apropriados apenas para evacuação (elementos beta).

A função alfa é o processo pelo qual o significado se acumula aos dados sensoriais.

Aos poucos esta capacidade desenvolve-se numa habilidade para imaginar que o sentimento mau de ser frustrado está na realidade ocorrendo porque há um objecto bom que está ausente mas pode retornar.

Se, no entanto, a capacidade de suportar a frustração é baixa, a experiência de "não-seio" não se desenvolve no pensamento de um "seio bom ausente". Ela existe como um "seio mau presente" que é sentido como um objecto mau concreto do qual é preciso livrar-se, como dissemos, através da evacuação, isto é, por projecção onnipotente, como veremos no doente psicótico que vamos apresentar.

"O pensar de nível superior" dá-se quando as concepções estão estabelecidas, podendo repetir a história das pré-concepções, ou seja, tornam-se pré-concepções para realizações posteriores, por um processo hierárquico, que gera o pensamento elaborado e a construção de teorias. Em cada etapa, as funções de satisfação e frustração desempenham -ou não - o seu papel de fazer avançar o aparelho, no desenvolvimento do pensar.

3. O terceiro modelo do desenvolvimento do pensamento é o de que a capacidade de desenvolver um aparelho para pensar depende da introjecção de um objecto capaz de compreender a experiência do bebé e fornecer-lhe significado.

A mãe é o aparelho para o bebé tolerar a conjunção da pré-concepção com uma realização negativa, "o não-seio".

Para desempenhar esta função, a mente tem de estar num estado de *réverie* que se aproxima do estado de atenção de flutuação livre, descrita por Freud, e também em Bion. A mente que aboliu a memória e o desejo.

A esta compreensão do modelo de Bion sobre o pensamento, necessitamos de introduzir dois conceitos básicos:

"Consciência" - órgão sensorial para a percepção das qualidades psíquicas.

Relação de continente - conteúdo, em associação com a consciência.

A relação continente-conteúdo é operacionalizada como função mental, inicialmente desempenhada pela mãe em relação com conteúdos psíquicos por elaborar do bebé, transformando-os no seu interior e devolvendo-lhes pensáveis, desintoxicados das ansiedades e confusões sensório/perceptivas.

É na medida em que as emoções e os afectos são contidos no interior do objecto que podem ser conhecidos também são a razão do nosso desconhecimento sobre eles.

A mãe com a função contentora transforma as emoções e os afectos do bebé no seu interior, assume-se com os α e β 's do bebé dando elementos pensáveis. Elementos α que o tornam apto a organizar uma função pensante.

A relação humana é uma relação de continente conteúdo, isto é, há sempre alguém que contém partes (afectos, emoções, partes do próprio) do outro, mesmo que esse outro numa relação adulta e madura também possa ser ele mesmo continente do sujeito.

Quanto mais a relação é assimétrica, no sentido de maturidade/imaturidade mais se acentua a assimetria na relação.

É o processo normal na relação precoce onde a imaturidade de um bebé só se pode contrapor à maturidade do outro (mãe, objecto maternal) que é entendida como "a capacidade de compreensão".

A possibilidade da mãe conter as produções mentais do seu bebé, mesmo quando e sobretudo estas aparecem na forma psicomotora, vai-lhe permitir a partir daí conferir *historicidade* ao que sem ela seriam apenas factos, gestos, que procuram uma razão. *Antes que o bebé pense, alguém pensou por ele.*

Um acontecimento psíquico (sentimentos maus do latente) é projectado na mãe (seio bom) que opera através da sua capacidade de réverie, desintoxicando das angústias e das ansiedades.

Este conteúdo e este continente modificados são reintrojectados e constituem no aparelho psíquico uma parte do aparelho de pensar.

Os pensamentos e o aparelho para pensarem passam a ter a função de livrar o psiquismo do excesso de estímulos que o perturbam.

Nas etapas mais precoces do desenvolvimento os pensamentos não são mais do que impressões sensoriais e experiências emocionais muito primitivas, os protopensamentos relacionados com a experiência concreta de "coisa em si" (O incognoscível do objecto, Kant).

O objecto materno pela identificação projectiva normal consegue metabolizar o terror e devolve-o ao bebé de uma forma leve e suportável, enquanto que na identificação projectiva patológica, a ansiedade não é por ela contida, nem desintoxicada. Devolve-a ao bebé sem modificar o que nela foi projectado ou mesmo devolve em sobrecarga intoxicada.

Na interacção normal com o objecto materno Bion descreve que se vai organizando na mente do bebé uma estrutura a que chamou "barreira de contacto" que será formada de elementos alfa que se unem entre si para demarcar o contacto e a separação entre conceitos e o inconsciente. Como uma passagem selectiva de elementos de um para o outro.

Está em contínuo processo de formação, cumpre a função de uma membrana semipermeável que separa os fenómenos mentais em dois grupos. É comparável ao acto de sonhar como protector de dormir. Vai permitir a relação normal com a realidade, o mundo interno e externo. Quando se deterioram os elementos α , convertem-se em β aos quais se agregam vestígios do ego e do superego configurando objectos bizarros.

Outro conceito básico no corpo teórico de Bion é o conceito de **vínculo**, tomado como a descrição duma experiência emocional onde duas pessoas ou partes duma pessoa se relacionam. Bion considerou três emoções básicas que se agregam em vínculos: **amor (A), ódio (O) e conhecimento (C)** deixando claro a relação entre os vínculos A e C; amar (A) será a forma mais profunda de conhecer, enquanto não-amar ou odiar se relacionam preferencialmente com o vínculo -C (não conhecimento). Na medida em que a

mãe desempenha uma função continente dos conteúdos mentais do bebé, conhece-o e dá-se-lhe a conhecer sempre que o ama.

No pensamento bioniano é também fundamental a relação dinâmica entre as posições esquizo-paranóide e a depressiva (PS↔D).

Como já referimos anteriormente, Melanie Klein descreveu a posição esquizo-paranóide como a situação do bebé que, exposto ao impacto da realidade externa e à ansiedade provocada pelo instinto de morte, utiliza os mecanismos de dissociação, negação, onipotência, idealização e identificação projectiva para se defender. O resultado é a dissociação dos objectos em idealizados e persecutórios. Também pode acontecer que esses mecanismos por serem extremos, levem a situações de dispersão e fragmentação do ego e dos objectos (splitting).

A posição depressiva constitui o processo de integração da dissociação anteriormente descrita, com o aparecimento de sentimentos de ambivalência. Existem deste modo, momentos de integração depressiva mesmo durante a etapa esquizo-paranóide.

Bion concebe então o pensamento como um diálogo permanente entre tendências integrativas e tendências desintegrativas.

Na formação e utilização de pensamentos, assim como na integração do objecto, ambos os processos (PS↔D) operam conjuntamente sem que lhes possa adjudicar maior importância a um ou a outro.

Destes processos de pensamento, deriva um conceito básico em Bion, que foi descrito por Poincaré como "facto seleccionado".

O "facto seleccionado" é uma emoção ou ideia que dá coerência ao disperso e introduz ordem na desordem. O facto seleccionado é o nome de uma experiência emocional, de um sentimento de descobrimento, de coerência e pode ser traduzido na denominação de um elemento que é utilizado para o particularizar.

Em 1963, Bion inventou uma "grade" na qual, sobre duas coordenadas, localizou todos os tipos possíveis de comunicação. Uma das coordenadas era uma "cascata" serial de relações continentes em diferentes níveis de abstracção, vindo de dados sensoriais, muito primitivos, até às teorias gerais do tipo mais abstracto.

Esta "grade" será trabalhada num capítulo posterior na análise de uma entrevista clínica de um doente psicótico.

Distúrbio de pensamento no psicótico

No pensamento psicótico a função "barreira de contacto" é inconsistente, e na conceptualização de Bion a vida mental será constituída por objectos que se encontram impregnados de crueldade e se ligam entre si de maneira cruel.

São particularmente afectados os aspectos da personalidade que propiciam a base para a compreensão intuitiva de si mesmo e dos outros que Freud descreveu como sendo a resposta evolutiva ao princípio de realidade numa etapa mais avançada, e que são:

- consciência de impressões sensoriais
- atenção
- memória
- julgamento
- pensamento

Estas funções após fragmentação em partes mínimas são expulsas da personalidade e penetram ou enquistam-se nos objectos.

Na fantasia do paciente as partículas do ego expelidas entram na vida independente e descontrolada, seja contendo os objectos externos, seja sendo contidas por ele.

Cada partícula é sentida como consistindo num objecto real que está encapsulado num pedaço de personalidade que o absorveu. A natureza dessa

partícula como um todo dependerá, em parte, do carácter do objecto real e do carácter da partícula que o absorveu.

Estas partículas passam a ser protótipos das ideias, que os leva a sentir que as palavras são as próprias coisas reais que elas designam. Aumentando desse modo a confusão, que Segal (1950) descreveu, considerando que o *paciente psicótico equaciona, mas não simboliza*. Um dos objectivos do paciente ao empregar a clivagem e a identificação projectiva é livrar-se da percepção de realidade, com a maior economia de esforço, lançando ataques destrutivos ao elo de ligação, qualquer que ele seja, que conecte impressões sensoriais com a tomada de consciência.

Bion (1953) refere que a percepção de realidade psíquica depende do desenvolvimento de uma capacidade do pensamento verbal, cujo estabelecimento está dependente das funções da posição depressiva.

Estes pacientes embora tenham acedido à posição depressiva organizam-se de uma forma muito diversa em relação às personalidades em geral. **Grotstein** (1977) situa a organização dos objectos bizarros durante a posição esquizo-paranóide em que a criança teve sofrimentos de tipo traumático, que impediram o desenvolvimento. As funções prematuras do ego ficaram **enredadas** e deu-se um **fechamento** prematuro em relação ao objecto.

Bergman e Escalona (1949), desenvolveram investigações em crianças em "risco" de psicotizar e consideraram que um dos problemas complexos do seu desenvolvimento situa-se na dicotomia entre uma sensibilidade prematura e um fechamento também prematuro.

Os custos para o desenvolvimento futuro são óbvios. Não é no entanto muito claro, pela complexidade que envolve, o desenvolvimento de uma personalidade separada, que se desenvolve como um gémeo involuntário bizarro lado a lado da personalidade "normal". Este gémeo cindido pode-se caracterizar por qualidades passivas e activas. As activas podem ser observadas ou vividas como uma personalidade perversa, maníaca ou excessivamente punitiva. As passivas são percebidas como uma "alma em agonia", "um pedaço de rocha". Daí observarmos que durante o tratamento analítico estes doentes podem entrar em relação de objecto autista anormal ou numa simbiose excessiva.

Dentro desta perspectiva, Bion modifica em certos aspectos a descrição de Freud sobre a retirada libidinal da realidade, considerando que o ego não está completamente retirado da realidade.

Considera que não é provável haver progresso real nos pacientes psicóticos, enquanto não se dê devido peso à natureza da divergência entre a personalidade psicótica e não psicótica, e em particular ao papel da identificação projectiva na parte psicótica da personalidade. Os ataques destrutivos do paciente ao seu ego e a substituição de projecção e introjecção por identificação projectiva devem ser elaborados. Tal como na neurose grave existe uma personalidade psicótica oculta, também no psicótico a personalidade neurótica é encoberta pela psicose, que tem que ser revelada e tratada.

Grotstein (1985), investigou a génese dos ataques aos elos de ligação e à própria estrutura psíquica destes pacientes, considerando que estes se originam num período precoce e podem ser conceptualizados como:

1. Baixo limiar constitucional para neutralizar os estímulos.

2. Aceleração do desenvolvimento da sensibilidade neuronal como necessidade de rejeitar os estímulos negativos, tal como Escalona e Bergman (1949) certificaram no seu trabalho clássico sobre a sensibilidade rara nos períodos precoces, em crianças em risco de esquizofrenizar.

3. Um meio externo que não consegue responder às necessidades nutritivas e contentoras da criança de modo a criar uma barreira de neutralização.

4. A emergência de forças internas poderosas destrutivas resultante de 1 e 2 ou 3, que são libertadas prematuramente antes de terem a oportunidade de se diferenciar em termos de desenvolvimento. Estas forças foram experiênciadas como sendo violentamente projectadas num objecto, este objecto é depois internalizado como um objecto interno excessivamente destrutivo. (Hartman, 1949 e Klein, 1948).

A sequência usual é a de que devido a um baixo limiar constitucional e/ou devido a aceleração do desenvolvimento da sensibilidade neuronal ou/e por causa de um meio inadequado emergem as forças internas poderosas e destrutivas.

Fairbain (1954), na sua conceptualização sobre a estrutura endopsíquica considera que este processo poderá ser visualizado como um ataque do ego antilibidinal, identificado com um objecto rejeitante contra o ego libidinal, ou decorrer de um "insulto" traumático acontecido durante a posição esquizo-paranóide, em que algumas funções egóicas essenciais ficaram impedidas de serem realizadas e evoluem para caminhos bizarros sob a necessidade de diferenciação enredada com o fechamento prematuro como já descrevemos anteriormente em Bion, e que irão dar forma aos objectos bizarros.

6.1. O Delírio

É difícil englobar todos os aspectos funcionais do delírio, pela complexidade e número de factores intervenientes.

Organiza-se como um sonho. Resolve um conflito e é originado no medo. O mecanismo essencial da objectivação delirante é a ***projectão*** com certas particularidades.

Na psicose e no delírio vamos encontrar alterações fundamentais de vida psíquica, tão profundas que para as entendermos temos que voltar aos primeiros tempos infantis da organização do psiquismo. *O sujeito só sucumbe à psicose e ao delírio depois de ataques repetidos de vários objectos.*

A observação mostra-nos com efeito que há momentos privilegiados na história de um delírio e momentos críticos na história de um psicótico.

O momento primordial (síntomas prodrómicos) é caracterizado pela:

- irupção cataclísmica da angústia
- alteração das relações objectais
- desintegração funcional do Eu
- desabar do sistema de referência da realidade.

Este momento matricial está na origem de toda uma série de mecanismos de adaptação psíquica destinados a deter o medo, a restabelecer relações toleráveis com o mundo objectal e a restaurar uma ordem da realidade.

O momento considerado como inicial na história do delírio, é com efeito um episódio na história do psicótico.

Nacht (1971) aborda o delírio como analógico do sonho. Tal como o sonho, o delírio é uma linguagem "chifré" como o sonho, que aguarda que o psicanalista a traduza. Que decifre o conteúdo escondido, em manifesto. O conteúdo manifesto, tem muitas vezes, ao olhar da lógica habitual, uma forma absurda que também é característico dos sonhos. É necessário um trabalho de elaboração secundária semelhante, na sua função e nas técnicas à que Freud descreveu para o sonho. Para Nacht os conteúdos do delírio contêm uma ordem, uma coerência e uma lógica.

O delírio utiliza os mesmos mecanismos dos sonhos; deslocamento, condensação, dramatização e simbolização. A linguagem do delírio é profundamente simbólica. Não é de surpreender que nele vamos encontrar os mesmos símbolos e mitos que povoam os sonhos e daí muitas vezes o cariz "poético" das suas manifestações.

Tem uma função defensiva e expressiva. *Delirar é uma forma de falar*. Os símbolos e as metáforas têm a força dos factos, o que delira toma à letra o jogo de palavras e as formas de falar.

Federn (1953), dissecando a interpretação delirante, mostrou que ela é fabricada com os resíduos da vigília aos quais se vão "agarrar" as lembranças, os desejos e as crenças inconscientes. Da mesma forma que o sonho nos reenvia sempre; a uma obscura sensação imediata, a um "resto de vigília", a lembranças infantis e a tendências inconscientes. O mesmo

ocorre com a formação delirante que se alimenta de situações ou acontecimentos reais e de necessidades inconscientes.

O sonho é a via real do inconsciente. O delírio é a via real do passado e do inconsciente dos esquizofrénicos. Nos estados de delírio activo, como nas "baforadas" delirantes, ou nos estados oníricos ou maníacos podem-se observar elementos da biografia do doente, no que é essencial.

Expressa-se e revela-se, a quem souber ler através das deformações de expressão delirante. No entanto são sempre produtos "metabolizados" e "disfarçados" da vida inconsciente.

Rosen (1953), fiel às primeiras descobertas de Freud, pensa que *o delírio não tem outra função se não a de travestir o inconsciente*. Basta penetrar no "disfarce" para levar o doente a deixar cair a máscara do delírio, que se organiza na proporção da carga conflitual em que estão afectados os elementos da vida psíquica expressos num delírio.

O delírio é um ensaio da solução do conflito, é a sua função primeira. Resolver um conflito. Para lá do conflito escondido, que anima o delírio, só encontramos um envelope vazio, sem significado e sem razão de ser.

A observação demonstra que o delírio se acentua ou nasce quando o conflito se acentua. Afirma-se ou desaparece logo que o conflito se desvitaliza ou se resolve.

Os aspectos já sinalizados sobre a compreensão do delírio, são obviamente parciais e não explicam por si mesmos porque e como o doente entra em delírio e tem tanta dificuldade em o resolver e remitir.

Uma das vias de investigação do fenómeno delirante é o da compreensão do período primordial do desenvolvimento infantil, onde o Eu se integra na relação do primeiro objecto, a mãe, que sem descontinuidade "toma" o bebé. Na origem o *que é real e verdadeiro é a mãe*. O sentido do real e da autenticidade é adquirido através da mãe. Este processo requer como condição dupla e necessária; a maturação dos sistemas perceptivo-motores e a presença materna. O objecto maternal não é somente o modelo primeiro de todo o objecto futuro. A mãe pela sua presença e pela sua acção específica, leva a criança a relacionar-se com a realidade, o mundo exterior, e também sobre o próprio corpo da criança, que só entende a sua própria realidade tendo como intermediário a sua mãe. Esta acção *mediadora* da presença materna, confere por si mesma, o selo da verdade dos objectos percebidos pela criança. Ela assegura a *integração*.

Para que esta integração se efectue, a presença materna tem que responder a algumas condições necessárias; a mãe deve, ter com a pessoa e o corpo do seu bebé um contacto "espontâneo", vivo, directo e imediato, um dos indicadores do amor materno. O sentido da realidade e do verdadeiro dos objectos só é explicitado graças ao carácter primitivo imediato da relação anaclítica da criança e da mãe.

Embora Klein nas suas teorias negligencie este aspecto, para Nacht a irrealidade do objecto materno está na génese das estruturas pré-psicóticas.

A investigação psicanalítica actual cada vez mais confirma a concepção da existência de estruturas psicóticas. Observa-se, tanto retrospectivamente, nos psicóticos submetidos a um tratamento psicanalítico, como durante o surto, ou nos intervalos entre as crises delirantes ou ainda maníaco-depressivas, como após remissão clínica.

Verifica-se também numa série de personalidades em que uma observação atenta nos permite, cada vez melhor, sentir e prever como eles "roçam" constantemente a psicose. Sob formas clínicas variáveis, mas sempre inquietantes, são doentes que têm a personalidade, o Eu, e as defesas psicóticas mas que ainda não apareceram de uma forma explícita nos sintomas produtivos clássicos.

Na organização pré-delirante da personalidade vamos encontrar uma disposição extremamente intensa para a angústia, que pode tomar dentro do sujeito proporções cataclísmicas. A angústia atinge níveis muito graves na despersonalização. Quando investigamos no sentido da história infantil encontramos medos de pânico repetitivos e muitas vezes secretos. Vivenciados pelo sujeito como aniquilamentos da sua própria personalidade, pré figuram a maciça irupção de angústia que o precipitará mais tarde na psicose. Entretanto o sujeito luta contra esta angústia, com grande reforço das defesas, que têm em comum hipotecar as relações com os outros, assim como a actividade conceptual. A organização obsessiva pode representar

uma destas modalidades depressivas, como descreveu Bouvet (1952), nos adultos , e Lebovici e Diatkine (1954) nas crianças.

Na estrutura pré-psicótica o sujeito vivencia uma imagem de si próprio não estruturada, permanece imprecisa, fragmentada e constantemente ameaçada. Daí a sua sensibilidade ás feridas narcísicas, a tudo o que ponha em risco este esboço de imagem de si e que é tanto escondida quanto a sente incerta. É nas relações com os outros que o pré-psicótico melhor manifesta a sua organização de personalidade. O seu objecto de eleição é de uma exigência ávida. Ele espera que o objecto seja perfeito e infalível, todo poderoso, na bondade e na proximidade. Por trás desta forma de relação encontra-se a ameaça de aniquilamento. Não tendo podido diferenciar-se realmente do objecto original, fica à mercê de um objecto substitutivo. O Eu continua simbiótico.

Lebovici (1958) refere que assim se compreende como o psíquico utiliza prevalentemente a identificação projectiva. A origem deste mecanismo primitivo é a fusão indissolúvel do objecto parcial, constantemente introjectado e projectado bem como o sujeito fragmentado e agressivo. Para *Rosenfeld* (1950) *O objecto existe em fantasia interna e externa ao mesmo tempo.*

O objecto não existe enquanto distinto, não pode diferenciar-se. O sujeito sabe que o objecto existe, mas não o sente. Só encontra um esboço ou sombra do objecto. Do real, ele não tem o sentimento, mas somente o pressentimento. Toda a vida psíquica do sujeito, se desenvolve sobre um "fundo de irrealidade essencial"

A distinção entre interno e externo apenas tem um valor de forma. Ao mesmo tempo que o fantasma toma o valor de realidade externa, esta toma, pelo inverso o mesmo valor do fantasma, **Kestenberg** (1958).

Nas vias de acesso ao delírio **Nacht** (1957) refere que as desordens orgânicas estão geralmente presentes mas por si mesmas não explicam o delírio.

A alteração biológica só produz efeitos psicopatológicos num psiquismo predisposto e já orientado para a "solução delirante".

Ferenczi (1916) mostrou, há muitos anos, que uma lesão orgânica constitui um apelo, uma forma de mobilizar a libido no "terreno" do traumatismo. Traumatismo considerado narcísico, enquanto é uma tentativa de integridade corporal ou mental. Este contributo fornece a energia necessária à fixação hipocondríaca depressiva ou ao contrário à compreensão megalomaniaca do deficit traumático.

Na psicose o factor traumatizante está sempre presente só que obedece à lei ditada por Freud de que o psicótico recalca, o todo ou parte, da realidade ferida e evidente.

Realidade recalçada em que o retorno inevitável se faz sob a forma de alucinação.

Um dos traumatismos narcísicos evidentes, para o sujeito que ainda não está realmente diferenciado do seu objecto é *a falta dele mesmo*.

Um dos factores mais activos na precipitação da psicose é a *perda do objecto*.

A seguir à perda significativa do objecto, o espaço vivencial torna-se tumultuoso e a comunicação muitas vezes só se restabelece pela via alucinatória. É de realçar que a perda do objecto pode ser puramente fantasmática, como Freud explicou no estudo da melancolia. Nas cartas a Fliess, já Freud considerava que o delírio alucinatório agudo, era determinado pelo luto.

Não há uma natureza específica dos conflitos inerentes à psicose, no entanto Freud não se enganava quando ao analisar o problema de Schreber, referia a sua conflituosidade de ordem homossexual. O conflito homossexual é um dos temas repetidos e universais no delírio.

Os surtos psicóticos desencadeiam-se muitas vezes nos períodos da idade adulta em que são exigidos; o desempenho de funções sexuais, profissionais e de parentalidade.

A reactivação do complexo de Édipo pode levar ao delírio, quando os conflitos vêm abanar uma organização psíquica particularmente vulnerável. A intensidade conflitual revela medos primitivos, que como já vimos foram evitados através de defesas que passavam por distanciamento, idealização intensa, e exclusão do objecto.

O esboço de relação que o pré psicótico estabelece pode equivaler ao conceito de "falso Self" de Winnicott.

Depois do insucesso das defesas neuróticas ou pseudo-neuróticas, a via está aberta às defesas psicóticas e ao delírio.

Em conclusão, na origem do delírio existe um cruzamento entre os factos que poderíamos qualificar de reais e as orientações conflituais do doente. Estabelece-se uma ressonância entre os conflitos interiores e os factos exteriores. A realidade exterior vem confirmar os fantasmas inconscientes do sujeito. Dá-se uma colisão da realidade externa com a realidade inconsciente e fantasmática.

O doente sente-se cercado por duas frentes; a do medo externo, e a do mundo fantasmático inconsciente. Não lhe sendo possível apoiar-se num para se defender do outro, uma vez que eles estão em consonância. Entalado neste funcionamento só lhe resta entrar na via do delírio.

O delírio é sempre secundário ao medo. A sequência fundamental é a de conflito, medo, delírio. Quando o delírio desaparece, a angústia tende a aparecer.

No processo psicanalítico a emergência de angústia após o retrocesso do delírio faz-se progressiva e docemente, como objectivo técnico. Freud tinha justamente advertido que o delírio era um sintoma e uma defesa, e que era conveniente mantê-lo com prudência de forma a não acordar medos severos que podiam determinar graves problemas de comportamento.

Todas as correntes psicanalíticas se entendem na posição de que o delírio é determinado pela angústia psicótica.

Melanie Klein escreve, desde 1930, que o medo invasor psicótico fica barricado por diferentes meios aos quais os sintomas estão ligados.

Friede From-Reichman (1952), resumiu o ponto de vista analítico ao afirmar que os sintomas da psicose, e em particular os delírios são "o produto dominante da angústia e de defesa contra a angústia do doente.

Nacht (1957), considerou que a perturbação originária do delírio reside na *distância* frustrante entre a mãe e a criança ou entre as aparências e a realidade psicológica do objecto. Observou que as mães dos esquizofrénicos, apesar de amarem os seus filhos, não sabem estabelecer com eles um contacto quente, vivo e espontâneo imediato, que são as necessidades básicas do bebé; muitas vezes a barreira estabelece-se através de precauções obsessivas da mãe que a separam do seu bebé, ou ainda quando os comportamentos manifestos da mãe não respondem em absoluto às disposições inconscientes, em que por exemplo, as atenções exageradas escondem uma hostilidade profunda. Em ambas as situações não existe comunicação autêntica e directa entre a criança e a mãe, e por isso entre a criança e a realidade.

A ambiguidade da comunicação é muitas vezes potencializada pela figura paterna que são de uma maneira geral ausentes e passivos.

Nacht (1971) encontrou noutros casos uma relação materna suficientemente "mediadora" mas incapaz de aceitar uma ruptura com a simbiose anaclítica, perpetuada, além do tempo oportuno, continuando a mãe como depositária e detentora exclusiva do acesso à realidade.

Embora sendo manifestações de ordem neurótica, somos tentados a considerar que as perturbações neuróticas da função parental favorecem a aparição na segunda geração de perturbações de ordem psicótica.

Klein, Horowitz (1949), relacionaram o delírio paranóide com o funcionamento familiar dos pacientes em que as suas atitudes e decisões foram repetidamente postas em causa e desvalorizadas pelos pais.

Os futuros psicóticos e delirantes viveram, enquanto crianças num ambiente dominado pelo *artifício*. São famílias de extremo formalismo, que implica uma fachada relacional, tipo obsessional ou fóbico através da qual não são possíveis interacções espontâneas e vivas. A criança magoa-se com esta fachada mas conforma-se, e desenvolve por isso uma atividade fantasmática onde se concentra e se fecha para conter as suas reservas instintuais e emocionais. Torna-se num autómato social, mas podemos dizer que a sua vida verdadeira está separada de toda a relação objectal autêntica.

É clássico considerar que o psicótico e o que delira, deixou de viver ao nível dos processos psíquicos secundários, funcionando no plano dos processos psíquicos primários que são também os do sonho. Na condições normais de evolução, os processos secundários substituem os primários e diferenciam-se a partir destes. É por isso que o delírio, não é,

como havia a tendência a supor , uma forma de ignorar o mundo de realidade, mas como nós mostramos uma forma diferente de a perceber e viver.

Para a psicanálise, em conclusão inacabada, o delírio constitui:

- a solução de situações altamente conflituais
- representa um conteúdo, uma estrutura
- condensa formas de relações objectais
- contém uma história.

São estas coordenadas em que se insere o delírio. Estes diferentes planos não se dissociam a não ser como necessidade de exposição e conceptualização.

6.2. A Alucinação

As alucinações são falsas percepções, igualmente delirantes, chamadas percepções sem objecto. Embora ocorram em todas as esferas sensoriais, as mais comuns são, as auditivas, em que o indivíduo tem a percepção de ouvir vozes dirigirem-se-lhe directamente ou comentarem o seu comportamento.

O indivíduo pode obedecer às alucinações imperativas com eventual risco, de si próprio e de outros. As alucinações podem ser tácteis, sensações de corrente eléctrica, de picadas ou de queimaduras. Podem ser somáticas como a sensação de cobras rastejando no interior do abdómen. As alucinações visuais, gustativas ou olfactivas são mais raras, e na ausência de alucinações auditivas, deverá considerar-se o diagnóstico de distúrbio orgânico.

Freud, nas "Novas conferências introdutórias da psicanálise" - 1933, refere que os doentes psicóticos são capazes de comunicar as suas experiências da realidade interna de uma forma que muitas vezes é inacessível às personalidades normais ou neuróticas, mas deve ser entendido como o "retorno do recalcado" na tentativa de restituição. É uma procura para trazer de volta libido aos objectos que foram perdidos.

Freud no seu trabalho sobre a satisfação alucinatória do desejo, considerou que a alucinação estava ao serviço dos processos oníricos, entrando assim na consideração da normalidade da alucinose.

Bion, em "Second thoughts" 1967, trata o conceito de alucinação como uma qualidade sensorial, que em si mesmo não representa nada concreto, mas a sua função é vital para o desenvolvimento da imitação "nada pode existir na constituição psíquica humana que não tenha já existido em embrião".

O crescimento mental depende da diferenciação dos aspectos sensoriais e não sensoriais do psiquismo, em que a natureza é dual. A imitação para ser credível, terá que ser sustentada por um fluxo adequado de alucinações.

Bion, estudou as transformações em alucinose para compreensão dos processos psíquicos que deve permitir o conhecimento da realidade interna e também externa. ***A transformação em alucinose são defesas patológicas que permitem ao doente proteger-se contra as angustias primitivas de perda de identidade.***

O conceito ***transformação*** implica a apresentação ao mesmo tempo de uma mudança e de uma permanência. Só pode haver percepção de uma mudança a partir de um estado de continuidade. Se tudo mexe, nada mexe; existem regras de transformação que permitem não somente que sejam respeitadas as formas que estas tomam, mas que também a sua emergência seja possível.

Bion coloca-se sob um ponto de vista de observador externo, do analista em relação ao paciente, tenta compreender a origem, (0) zero (desconhecido) da transformação que se lhe apresenta. Está num estado, onde ele observa um estado. Encontra noutro onde ele constata um outro. Uma

mudança inscreve-se na permanência do seu ser. A análise da sua contra transferência na sessão, ou mais tarde, pode apenas estabelecer o restabelecimento de um continuum identificatório.

No que diz respeito ao doente, e às suas partes infantis, a transformação que ocorre tem por finalidade manter no Self uma permanência identificatória, em relação com o objecto.

Nas transformações em alucinação, o objecto só existe para ser negado, mesmo na sua existência e não apenas nas suas qualidades. A pretensão à autofabricação do objecto é dominante. Esta pretensão fundamenta-se nas autoproduções naturais desde o início da vida. Tudo o que era permitido para se inserir numa "grelha positiva (Bion), a partir da construção de laços entre o Self e o objecto, é utilizado numa "grelha negativa" com o fim de recusar esta construção e fabricar o objecto em si mesmo. O fio contínuo da identidade do Self é gerado sobre a *ausência* do objecto assim como sobre a *complexidade* dos laços que o ligam ao Self. Esta complexidade é um inimigo a destruir e as transformações em alucinações têm esta função. É o mundo do *anti-pensamento*.

Bion descreve assim o processo:

A transformação em alucinação é antes de tudo uma expulsão.

" Os sentidos são utilizados de forma a evacuar as coisas, de tal forma que o doente vive num universo que ele próprio criou. Imagina que vive num mundo perfeito".(Transformations, p.156).

O mundo no qual o psicótico vive utilizando este género de transformação lembra o do bebé ao viver as suas primeiras angústias; Em vez de se perder ou de se dilatar sem fim, o Eu nascente fecha-se sobre si mesmo como sobre um ponto. O paciente, instalado num narcisismo absolutamente primário, vivencia-se como um ponto ideal, não recebendo nada e não dando nada, mas interpretando todas as tentativas de chegar a ele como oriundas de forças invejosas. Podemos imaginar os problemas técnicos que se colocam ao analista para intervir num doente assim, ao fazê-lo passar de um sistema de transformação de alucinação a um sistema de transformação projectiva.

No psicótico, o sentimento dominante é o de que uma explosão está sempre em vias de acontecer, se se toca no sistema. "A emoção experimentada pelo paciente não tolera o não ter sido contido. Ela ganha em intensidade, é exagerada para desviar a atenção. O conteúdo reage então por uma evacuação cada vez mais violenta". (Transf. p.161)

É o fenómeno que Bion chamou de "Hipérbole". A defesa utilizada contra uma tal intensidade emocional é a supressão total das relações objectais por um ataque aos laços que elas suscitam. Os laços (amor, ódio e conhecimento) são despidos do que produziriam no paciente originando uma inflação emocional. Desta maneira o seu estado retoma o ideal do recém nascido onde reina " a paz e o silêncio".

Bion diz que " Uma significação foi tratada pelo paciente como se ela fosse uma coisa, antes de ser evacuada mentalmente e foneticamente por um aparelho em que as características são geralmente atribuídas a um músculo".

(Transf. p.150). O resultado visado por uma tal evacuação é o de criar um mundo em que a frustração seja excluída.

Nenhuma representação é possível num mundo onde toda a presença é concreta e onde os elementos alfa necessários para alimentar os processos de pensamento são reduzidos a um estado de elementos beta que levam à percepção de cheio e de uma continuidade sem falha. Todas as nuances qualitativas são assim transformadas em níveis quantitativos. O espaço é suprimido. Fechando-se sobre o ponto, o paciente constitui-se num aglomerado que ao mínimo abrandamento poderá dissolver-se num espaço sem limite, com as angústias de liquefacção que o acompanham. É esta angústia primitiva que dá força à defesa pela alucinação em face da relação de objecto proposta pelo analista.

Bion sublinha a rivalidade dos sistemas em causa; o que o analista propõe é tratado com menosprezo e visto como invejoso. Num eixo unidimensional os vértices são suprimidos e apenas resta a unicidade de um ponto de vista.

O equívoco alucinatório exprime a incapacidade de separar o real do fantasmático em que este não é visto como tal.

Assim a psicose poderá ser vista como a modalidade de mentalização que caracteriza a não separação do sujeito e do objecto que permanecem em fusão.

7. "A grade" de Bion

**Instrumento clínico de registo e
notação do funcionamento mental**

A GRADE

	Hipó- teses Defini- toras	ψ	Nota- ção	Aten- ção	Inda- gação	Ação	...
	1	2	3	4	5	6	...n
A elementos- β	A1	A2				A6	
B elementos $-\alpha$	B1	B2	B3	B4	B5	B6	...Bn
C Pensamentos oníricos, Sonhos, Mitos	C1	C2	C3	C4	C5	C6	...Cn
D Pré-concepção	D1	D2	D3	D4	D5	D6	...Dn
E Concepção	E1	E2	E3	E4	E5	E6	...En
F Conceito	F1	F2	F3	F4	F5	F6	...Fn
G Sistema Dedutivo Científico		G2					
H Cálculo Algébrico							

"Grade" - Caso Clínico Ilustrativo

No trabalho "Desenvolvimento do pensamento esquizofrênico" (1956), Bion considera que os distúrbios do esquizofrênico provêm da acção recíproca entre o ambiente e a sua personalidade, embora se centralize apenas sobre esta última componente.

Tal como já expusemos anteriormente, considera que a **parte psicótica da personalidade** possui quatro traços fundamentais:

- *Predomínio dos impulsos destrutivos*, a um ponto tal que chegam a invadir os impulsos amorosos e os converte em sadismo.

- *O ódio à realidade externa e interna*, que se estende a todos os aspectos da psique que auxiliam a reconhecê-los.

- *O medo constante de uma aniquilação eminente*. A formação precipitada e prematura de relações objectais, entre as quais a transferência, cuja fragilidade contrasta com a tenacidade com que se mantem.

Vamos apresentar um caso clínico que exemplifica a teoria de Bion, utilizando um instrumento por si proposto, para ajudar o analista a pensar sobre os problemas que surgem na prática psicanalítica.

"A Grade"

É um método de registo, comparável ao que utiliza o matemático, e que serve para notação, comunicação e posterior elaboração das diferentes observações e descobertas realizadas, mesmo quando o objecto esteja ausente. Envolve uma série de categorias que correspondem ao que Bion chamou de *elementos* de psicanálise.

Os elementos são ***funções da personalidade***.

De todos eles se pode afirmar que cada um é a função de algo mais e que cada um é uma função. Representa significado semelhante ao que se associa em matemática. Isto é, uma variável em relação com outras variáveis, em cujos termos se exprime e de cujo valor o seu valor depende.

Emprega-se também o termo "função" como o nome para um conjunto de acções físicas ou mentais, reguladas por uma finalidade e dirigida a si mesma. Na medida em que é uma função, tem factores.

A investigação psicanalítica formula premissas tão distintas das da ciência comum quanto das da filosofia e da teologia. Os elementos psicanalíticos e os objectos que deles derivam apresentam as seguintes *dimensões*:

1. Aplicação na área dos sentidos.
2. Aplicação na área do mito.
3. Aplicação na área da paixão.

A 1ª dimensão significa que aquilo que se interpreta deve representar, além de outras características, o *objecto dos sentidos*. Por exemplo: ser audível, ser visível para analista e analisando. Na experiência sensível temos que usar o critério de "senso comum".

Na 2ª o *mito relaciona-se com uma elaboração ao nível pessoal* de certos aspectos compreendidos no património de cada analista, e que é constituído por modelos na prática psicanalítica. Esta dimensão contém em si a componente "como se".

Na 3ª o *termo paixão representa a evidência de que há pelo menos duas mentes em jogo, e que entre essas duas mentes surge uma emoção que é experimentada com intensidade e calor*.

A formulação da paixão ou ausência dela, passam pelos componentes derivados de Amor, Ódio e Saber.

Embora o termo represente emoção vivida com intensidade, não são considerados derivados da violência, a não ser que implique "voracidade".

Deve-se distinguir claramente a paixão da contra-transferência, uma vez que esta evidencia a presença de repressão.

Os elementos constituem ideias ou sentimentos que estão representados numa só categoria da grade. A formação dessas categorias foi concebida por meio de *duas coordenadas*:

- *Uma Vertical*, marcada pelas letras A, B, ... H, representa o grau crescente de complexidade que adquire o pensamento e corresponde ao *eixo genético*.

- *A Horizontal* - representa o uso que se pode dar às diferentes categorias enunciadas pelo eixo vertical, encontra-se numerada de 1, 2, 4... até n. Encontra-se incompleto para indicar que a série é extensível e que pode prolongar-se muito além do que está assinalado, de acordo com outros usos eventuais que possam ser descobertos.

Está dividida em colunas segundo um critério idealizado por Bion, para *denotar o domínio da aprendizagem pela experiência*. A relação entre os dois eixos configura uma categoria que implica uma área ampla de informação acerca do enunciado formulado.

A *grade* destina-se à *categorização de enunciados*, entendendo-se como tais tudo o que é compreendido, desde os elementos mais simples até às construções mais elaboradas. Uma palavra, um gesto, um movimento, podem ser um enunciado, como também qualquer acontecimento ocorrido na sessão analítica ou fora dela. Tudo o que faz parte da comunicação entre analista e analisado, em determinada personalidade, um artigo, um livro, pode ser incluído em qualquer das quarenta e oito categorias da *grade*.

A - Corresponde aos *elementos β* ; não são observáveis na clínica, são termos teóricos úteis para pensar ou falar acerca dos

diferentes fenómenos. São primitivos e não representam pensamentos e sim "coisa em si" (Kant). Não há diferenciação entre animado e inanimado, sujeito e objecto, mundo interno e mundo externo, símbolo e simbolizado. Além do mais, como estão saturados não podem ser usados como pré-concepções, só podem ser evacuados através da identificação projectiva.

B - *Elementos α* , resultam da operação da função α sobre as impressões sensoriais e as experiências emocionais. Podem ser armazenados como pensamentos incipientes. Não são objectos do mundo da realidade externa. Possibilitam a formação e o uso de pensamentos oníricos.

C - Representa os *fenómenos compostos por pensamentos oníricos, imagens visuais, sonhos, alucinações* e todas aquelas ideias combinadas de forma narrativa, como podem ser os *mitos privados e públicos*.

D - É a *fila das pré-concepções*, corresponde a um estado mental de *expectativa* adaptado para receber uma imagem restrita do fenómeno. Uma ocorrência precoce poderia ser a expectativa que a criança tem do seio. A união de pré-concepção com a realização origina a concepção.

E - É a *fila das concepções*. A concepção é a variável que se pode substituir por uma *constante*. Pode-se empregar a concepção como pré-concepção no que ela exprime de expectativa.

F - É a dos *conceitos*. Representa uma categoria para enunciados já existentes, como por exemplo as teorias psicanalíticas, as teorias científicas gerais e leis da natureza. Denominámo-las como leis naturais e outras elaborações que diferentes disciplinas aceitam, pelo menos temporariamente, como tentativas lícitas de formular observações científicas.

G - Representada pelos *sistemas dedutivo-científicos*. Trata-se de uma combinação de conceitos e hipóteses ou sistemas de hipótese vinculadas entre si numa relação lógica.

H - Representa o *cálculo algébrico*, segundo o qual vários sinais podem ser agrupados de acordo com certas regras de combinação, como ocorre na matemática.

Todas, exceptuando a fila A, representam categorias de *enunciados que não estão saturados*, ou seja, *que se encontram capacitados a acumular significado*. As filas G e H não têm grande aplicação na prática analítica.

No *eixo horizontal*, no referente aos usos possíveis das diferentes categorias expostas, apresenta:

1ª coluna - Chamada *hipótese definidora*, que tende a ligar os factos que foram descobertos previamente e que estão em conjunção constante. Num primeiro momento o enunciado está vazio de significado; é apenas significativa e serve para evitar perdas de experiência emocional por dispersão. Pressupõe sempre um elemento negativo, isto é, afirma por exclusão - por exemplo, este trabalho diz respeito à grade e não a outra coisa qualquer. A falsidade ou não da hipótese definidora é função da sua relação com outros elementos do esquema. É um juízo não sujeito a alterações. O resto do trabalho e as diversas formas de estabelecer as categorias dos seus elementos podem ser objectadas se as considerarmos incompatíveis com a hipótese definidora.

2ª coluna - Corresponde a *enunciados falsos e que se sabem falsos*, com a intenção de impedir os enunciados que podem engendrar angústia ou os desenvolvimentos que envolvem uma mudança catastrófica. A ideia original foi de estabelecer uma série de categorias para formulações notoriamente falsas, em especial aquelas reconhecidas como tal, tanto pelo analisando como pelo analista. É uma categoria importante, pois é frequente em análise que o analisando informe mal, o que corresponde a uma tremenda desvantagem para o psicanalista, que depende da correcta informação que recebe.

"A mentira" talvez se traduza numa forma de expressão de perturbação profunda. A teoria Kleiniana de identificação projectiva pode apresentar-se, durante uma análise, como uma série de formulações mentirosas. Se tal for evidente torna-se *necessário diferenciar entre uma afirmação mentirosa e uma afirmação falsa*, sendo a falsa a que se vincula mais com as falências do ser humano. Tanto do analista, como do analisando, que não podem confiar na sua atitude para reconhecer a "verdade", com a diferença do mentiroso estar seguro de conhecer a verdade para ter a certeza de que não a divulga por acidente. Põe-se de imediato em evidência que o "uso" que se dá a uma afirmação é uma componente essencial da apreciação que o psicanalista faz da evidência que se lhe apresenta. Portanto, esta coluna refere-se a elementos que o analisando sabe que são falsos mas que constituem formulações valiosas para contrariar a emergência de qualquer desenvolvimento da sua personalidade que implique uma mudança catastrófica.

3ª *coluna* - contém as categorias empregues para registar um facto e que cumprem a *função de notação e memória*, tal como as descreve Freud em "Os dois princípios do processo psíquico".

4ª *coluna* - representa o uso descrito por Freud como a *função da atenção e da atenção flutuante*; serve para explorar o meio e é importante para discriminar.

5ª coluna - é utilizada para aqueles enunciados que permitem a *exploração dirigida para um aspecto particular das coisas*. Coluna de *indagação ou do Édipo*, pela insistência com que este levou a cabo a sua investigação.

6ª coluna - uso de pensamentos relacionados com a *acção* ou com a *transformação em acção*.

As colunas de 3 a 5 configuram um espectro da atenção que vai desde a memória e o desejo passando pela atenção flutuante até alcançar a um grau maior de particularidade.

A coluna 2, a coluna 6 e a fila C, necessitarão de futuras extensões para abarcar a ampla gama de fenómenos complexos que se apresentam à observação do psicanalista.

Há que resolver a dificuldade da relação que existe entre a coluna 6 e a fila dos elementos α . O propósito será incluir uma categoria que não seja pensamento em absoluto. De facto os psicanalistas devem dar crédito à ideia de uma personalidade sem pensamento - na prática clínica é frequente os pacientes afirmarem que "não têm pensamentos" ou que "não pensam em nada"; geralmente estamos em presença de resistências ou negações.

Assim, a 6ª coluna corresponde a uma categoria que, pelo contrário, é pensamento, ainda que aparentemente seja pensamento instantaneamente convertido em acção ou, invertendo a formulação de Keats de *capacidade negativa*, "acção que é usada como substituto do

pensamento e não como prelúdio do pensamento". Keats refere-se à capacidade de tolerar as meias verdades, os mistérios, etc., como algo essencial para a linguagem do prazer, em contraste com o pensamento como substituto da acção.

A título explicativo vamos descrever alguns números modificados que se referem às coordenadas da grade. Assim:

A1 - Esta categoria define-se como extremamente primitiva. Não diferencia claramente as características que esperamos encontrar, por exemplo no sonho tal como o paciente o relata. Não diferencia as características animadas das inanimadas, o sujeito do objecto, o moral do científico. É saturada, portanto não se presta ao uso como pré-concepção.

A2 - Classe nula porque A1 é incapaz de se desenvolver.

A3, A4 e A5 - Constituem essencialmente classes nulas.

F4, G4, F5, G5 - referem-se à teoria edipiana e suas formulações.

C - Refere-se ao mito edipiano.

Especificidade e particularidades da grade

A grade é um instrumento que o analista usa para realizar uma verificação a respeito do paciente; é também a representação do material que o paciente produz, como instrumento para se fazer uma verificação a respeito do analista.

O analista ao fazer a verificação do material (realização), para descobrir em que categoria da grade a representação se enquadra e de que realização se aproxima, transforma-a num instrumento e não simplesmente na sua representação.

A realização para que dirige a atenção é a realidade de pré-concepção e de premunição.

Entende-se por *premunição* a representação dos estados emocionais, mais do que conteúdos ideativos, que se enquadram na pré-concepção. A premunição está associada portanto ao sentido da previsão e de ansiedade. O sentimento de ansiedade serve como guia para o analista reconhecer a premunição do material.

Representa-se premunição pela fórmula $Ansiedade \cap (\xi)$, em que (ξ) é o elemento não saturado.

Durante a análise o analista percebe que certos elementos do material analítico se reúnem inadequadamente, mas a elucidação fornecida pelas suas interpretações de situação torna possível nova integração e coesão do material. O facto seleccionado que proporciona coerência pode

ser ideia ou emoção. Do exame das premonições deduz-se que as emoções dão nascimento às integrações e desintegrações do paciente.

A grade permite alcançar uma percepção e compreensão mais clara do material clínico. Determina-se a natureza dos elementos pela posição relativa que ocupam nos dois eixos, (de 1 a 6 e de A a H, como já referimos).

Com este instrumento podemos precisar a dinâmica do pensar tanto do analista como do analisando, representados pela interpretação entre continente e conteúdo (o e o) e entre as posições esquizoparanóide e depressiva (PS \leftrightarrow D) e o facto seleccionado, fornecendo-nos a conexão entre as duas coordenadas.

Bion, na sua obra "Elementos da Psicanálise", resume os usos da grade da seguinte forma:

1. *Revisão meditativa* - no fim de uma sessão de análise o analista deseja rever determinado aspecto do seu trabalho em que tem dúvidas; lembrando a sessão, o contexto da afirmação, a entoação do paciente, o analista coloca a afirmação na categoria que, à luz do conhecimento anterior, julga correcto.

2. O analista pode-se *colocar especulativamente* na categoria da grade que lhe fizer sentido. Explora as direcções possíveis às suas especulações, considerando que implicações existiram se de facto a

afirmação pertencesse à categoria na qual provisoriamente a colocou. Assim "liga" certo número de elementos e pode prosseguir, procurando encontrar o significado da suposta conjunção.

3. A partir de 1 e 2 há a possibilidade de se colocar, com propriedade a afirmação, em outras categorias, o que representa um *estímulo para a capacidade de atenção do analista*.

4. O analista *verifica as suas interpretações*, submetendo-as ao mesmo processo a que submeteu as associações do paciente em 3 e 4.

5. O analista coloca nas categorias próprias a associação e a interpretação enunciada ou pensada, *examinando assim a conjunção de associação com a interpretação*. Consegue avaliar o valor evolutivo da interpretação e da associação, segundo a natureza de correlação das suas categorias.

6. O analista selecciona as afirmações inconciliáveis das associações do paciente, coloca-as na grade conforme as categorias respectivas e verifica então a *natureza do conflito*, comparando as categorias das afirmações incongruentes. Será assim possível descobrir em que medida a natureza das categorias das afirmações incompatíveis contribuiu para o conflito.

Bion desenvolveu particularmente as construções referentes à fila C, pela sua riqueza e ainda pela eleição de Freud na conceptualização psicanalítica referente ao mito de Édipo.

No capítulo 10 de "Elementos de Psicanálise", faz um importante comentário sobre o uso do mito na psicanálise. Diz:

" O uso que Freud adoptou no mito édipico foi além da elucidação da natureza das manifestações sexuais da personalidade humana. Graças aos seus achados, foi possível rever o mito e perceber que ele encerra elementos não-valorizados nas primeiras investigações, sobrepujadas pela componente sexual do drama. Os desenvolvimentos da psicanálise possibilitaram o reconhecimento de importância maior do que nas outras manifestações. Primeiro, o *mito*, graças à sua forma narrativa, une as várias componentes do relato, de maneira análoga à fixação dos elementos do sistema dedutivo científico, através da inclusão no sistema. Assemelham-se à fixação dos elementos do cálculo algébrico correspondente, onde ele é possível. Não se compreende nenhum elemento, excepto na sua correlação com os outros, tanto quanto ao elemento sexual, como na determinação com que Édipo continua investigando o crime, apesar do aviso de Tirésias. Não é, por conseguinte, exequível isolar a componente sexual ou qualquer outra sem o distorcer. "

Com base nos critérios de "configuração" apontados neste texto, Bion identifica os seguintes *elementos a serem elaborados no mito de Édipo*, como conteúdos da mente:

1. *Pronunciamento do oráculo de Delfos*, que define o tema da narrativa como definição ou como hipótese definidora. Assemelha-se ao preconceito ou ao cálculo algébrico naquilo que constitui "a formulação não-saturada", que se "satura" pelo desenrolar da narrativa. Ou assemelha-se à "incógnita" no sentido matemático, que se satisfaz pelo relato. O que se vai desenvolver é a formulação do tema da narrativa. A descrição do "criminoso" é o que se busca.

2. *A advertência de Tirésio*, cego pelo ataque das serpentes cuja união observou. Considera-se Tirésio como representando a hipótese reconhecidamente falsa, que no entanto se mantém, para actuar como barreira contra a ansiedade, manifesta como concomitante de qualquer hipótese ou teoria que a substitua.

3. O enigma da esfinge. Registo de realização do mito.

4. A obstinação de Édipo em prosseguir arrogantemente a investigação e assim tornando-se culpado de "hybris". A esfinge estimula a curiosidade que, não satisfeita, acarreta a pena de ameaça de morte. Representa a função que Freud atribui à atenção, mas implica a ameaça contra a curiosidade que estimulou.

5. A praga infligida à população de Tebas.

6. O suicídio da esfinge e de Jocasta.

7. A cegueira e exílio de Édipo

8. O assassínio do Rei.

9. A indagação original foi feita pelo monstro, isto é, pelo objecto formado de certo número de traços contraditórios.

Bion pretende sugerir que há mais coisas no mito/poético do que poderá sugerir uma primeira leitura, sem escuta e sem visão analítica; há sentidos e há mais sentidos "além do simples relato". Emprega este método na leitura e interpretação do *mito do paciente e do mito pessoal*, no contexto da sessão de análise. Bion não força o mito a coadunar-se com o analisando, mas a referência psicanalítica clássica do mito edipiano esclarece a natureza dos elos A, O e S (ou -A, -O, -S) e serve como referência à observação clínica, possibilitando a determinação das intersecções, conjunções e disjunções entre as opiniões do analista e do paciente.

Outra das construções referentes à fila C que Bion seleccionou foi a do mito do "Cemitério Real de Ur", lenda que se refere à morte e enterro do Rei Ur, 3500 A.C..

Investigações e escavações posteriores realizadas pelo Museu Britânico e pela Universidade de Pensilvânia descobriram que o Rei foi enterrado com os notáveis da corte, que teriam ingerido uma droga mortífera, bem como todos os bens de riqueza. O lugar escolhido para o enterro teria sido a parte da cidade onde eram depositados os lixos, concretizando a crença de que os restos humanos eram despojos e como tal deveriam ser enterrados como lixo, ao mesmo tempo que santificavam o terreno em que seria possível o descanso eterno através de propriedades mágicas.

A corte que se fez enterrar com o Rei compartilhou com este o luto e demonstraram o poder da religião, do ritual, da magia e das drogas.

Quinhentos anos mais tarde, os túmulos foram saqueados e roubados.

Bion converte o enterro em A e o roubo em B, e daqui tenta representar a totalidade do domínio com que habitualmente trabalha o psicanalista, no que diz respeito à "pesquisa de imagens, elementos e sentidos destes dois acontecimentos".

Para Bion, à semelhança da pesquisa arqueológica, é na experiência emocional que a prática psicanalítica se representa como um padrão em constante mudança. Se o psicanalista desenvolve a sua capacidade de intuir essas experiências, pode perceber que algumas estão constantemente ligadas e que essas conjunções constantes são vividas como conjunções repetidas. Ao fim de certo tempo estas conjunções constantes manifestam-se ao psicanalista como na mudança sensorial caleidoscópica; a mudança sensorial apresentará semelhanças com os elementos das categorias C, que se encontram entre os seus modelos.

Os elementos da categoria C, tal como as teorias clássicas, Kleinianas ou outras, só são úteis ao analista na medida que permitem interpretar os acontecimentos da sessão analítica, em que o fundamental é despojar-se da memória e do desejo.

Importa então funcionar primordialmente com o poder da intuição, que deve ser mantido em boas condições, tal como o cirurgião de olhos, necessita de conservar em perfeito estado os pequenos músculos das mãos.

É inútil contar com uma bateria teórica se esta for insensível aos factos que devem ser interpretados. O psicanalista conhece o princípio freudiano de que as coisas que se observam devem ser chamadas pelo seus nomes próprios. Se observa determinados factos deverá evidenciá-los, do mesmo modo que não deve falar daquilo que não vê, podendo incorrer numa fraude. Perante o material manifesto no contacto com a personalidade do analisando, impõe-se tolerar a permanente oscilação entre a posição esquizoparanóide e a depressiva, ou da paciência e segurança que segundo Bion são as descrições mais precisas do funcionamento mental do psicanalista.

A interpretação ou construção produzida pelo psicanalista depende do vínculo intuitivo entre analisando e analista. A sua fragilidade essencial, o simples cansaço ou os ataques deliberados, põem constantemente em perigo este percurso, pelo que é necessário protegê-lo e conservá-lo.

A finalidade da grade é a de proporcionar um instrumento de ginástica mental. Pode ser utilizada como defesa dos ataques, e não é prejudicial desde que se evite a sua interferência na relação entre analista e analisando.

Num sentido mais lato e científico, Bion considera que a "grade" é semelhante a um esquema primitivo de chaves e cabos eléctricos, que contribuem para proteger a psicanálise de não ser destruída "na sua infância" e proteger a comunidade que tem a "desgraça de conter tão robusta criatura".

Tal como acontece com as crianças, a psicanálise pode impressionar tanto pelo seu poder como pela sua vulnerabilidade.

**7.1. Entrevista clínica de um paciente psicótico
codificado segundo elementos da grade**

Trabalho elaborado em colaboração
conjunta com o orientador, Prof. Dr. Amaral Dias

Não se fornecem elementos anamnésicos porque não se trata de um caso clínico, mas apenas de material que serve de base para aplicação experimental da Grade de Bion.

1. Psicoterapeuta - Gostava de começar a nossa conversa falando um pouco de como é que o Emanuel veio aqui parar ao Hospital, o que é que lhe aconteceu? - E4

1. Doente - Portanto, eu vim aqui porque no Hospital Francisco Xavier, o médico que lá estava e que me atendeu... . Eu antes de estar aqui estive numa casa de saúde em Belas, depois deram-me muitos medicamentos ao mesmo tempo e fiquei com o queixo apanhado ao lado e a coluna toda torta⁽¹⁾. Telefonei à minha mãe para me ir lá buscar; só estive lá um dia e meio, fui direito para o Hospital Francisco Xavier, para me darem uma injeção ou qualquer medicamento. Fui lá e deram-me a injeção e passado um bocado fiquei bom. A médica que me viu lá, psiquiatra, passou-me uma carta para eu vir para aqui, eu falei lá em baixo na consulta e o médico disse-me que eu estava com uma depressão assim muito grande e que era melhor eu ficar cá algum tempo. - A6 A6 A6 A6 A6
A2

O discurso do paciente é feito sob a forma de acção. Predomina A6, onde não há mentalização.

2. Psicoterapeuta - Do que é que o Emanuel se queixa ? O Emanuel tem várias queixas, dificuldades, não é? - E4

O terapeuta intervém ao nível da concepção, dando atenção à experiência.

(1) Muito provável relato de uma situação real, resultado dos efeitos secundários extrapiramidais dos neurolépticos

2. Doente - Sim uma delas é a que me está a preocupar mais, é que eu tenho uma costela que me está a perfurar o pulmão. Isto já foi há muito tempo, isto é, do mesmo lado da perna. Sinto um formigueiro na perna, no pé. Quando fui falar ao médico do Hospital São José ele disse-me que eu tinha que pôr um aparelho nas costas, umas costelas de ferro ou que é. Disse-me que já não podia fazer operação porque já tinha sido há muito tempo, e disse-me que ía mandar cortar-me a perna. Pode mandar vir cá a Judiciária, vou mandar cortar-lhe a perna, já mandei cortar muitas. Marcou-me um dia, passado 10 dias, para eu voltar a ir lá e eu não fui. -

A6 A2 A6

Continua a responder sob a forma de acção, utilizando pensamentos falsos para justificar a acção.

3. Psicoterapeuta - Explique-me lá melhor como é isso da costela perfurar o pulmão. É uma coisa que sente, uma dor, ou é uma ideia? - E3
E4

Intervenção no sistema mutativo, centrado na atenção e notação.

3. Doente - É uma coisa que sinto; tiraram-me lá uma radiografia ao corpo inteiro. Notava-se lá na radiografia que eu tinha a costela para dentro a perfurar o pulmão - E2 A6

4. Psicoterapeuta - A mãe do Emanuel é massagista não é? Ela costuma dar-lhe muitas massagens? - C3

Hipótese definitória - introduzir um a priori passando de funcionamento em E, para a categoria C, que é a categoria em que podemos melhor conceber, elaborar o pensamento analítico. Propõe uma notação do problema.

4. Doente - Não, não costuma dar muitas massagens - E2

Concepção falsa. O doente recusa elaborar.

5. Psicoterapeuta - Mas já deu, quando o Emanuel estava mais doente, não era? - C4

Retoma a atenção.

5. Doente - Quando eu preciso a qualquer altura. Quando eu estou mais Doente ela dá-me - C4

6. Psicoterapeuta - Tem estas ideias dos pulmões perfurados há quantos anos? - C4

6. Doente - Aconteceu-me isto quando eu tinha 19 (2) anos - C4

7. Psicoterapeuta - Foi o quê nessa altura, essa dor começou como? - C4

Sai da experiência sensorial para se reportar à sua história pessoal respondendo C4 com C4. A terapeuta tenta manter a atenção reforçando C4 para não deixar dispersar o doente. A experiência foi mutativa. A dor

(2) O doente tem 24 anos.

mental que é inerente à catástrofe não o deixa mudar. A terapeuta força
C4.

7. Doente - Eu estava no 11º ano, nas aulas do curso de electricidade. Tive de interromper o curso. Fui deixando passar o tempo, tinha-me acontecido há pouco tempo. Depois acabei por ficar também com a cana do nariz partida, porque tudo isto me aconteceu numa academia em que eu andava no Karaté. Isso foi nessa altura, que me partiram a cana do nariz. O pior de tudo foi isso que me aconteceu; depois deram-me uma injeção de hemoglobina, quando apanhei a doença em pequeno e então fiquei com a escarlatina fui para o Hospital para ser tratado. - **C4 A6 A6 A2 A6**

8. Psicoterapeuta - Foi há muito tempo, era miúdo, andava na escola ?
- **C2**

8. Doente - Sim à volta disso. Depois ela levou-me ao hospital da área para eu levar uma injeção de hemoglobina e geralmente quando apanho sol fico logo bronzeado, não se nota nada, que eu tenho escarlatina - **A6 A6 A2 A6**

9. Psicoterapeuta - Mas ainda tem escarlatina? - **C2**

9. Doente - Sim, pois, assim, a cara como eu tenho agora - **A6 A2**

10. Psicoterapeuta - Ah! Sim os sinais da escarlatina - **C2**

10. Doente - Sim, os sinais porque a minha mãe também teve - **A6 A2**

11. Psicoterapeuta - A sua mãe também teve. Parece que a mãe sabe tratar de tudo no Emanuel, não é ? - **C5**

Hipótese definitiva, proposta de investigação sobre a mãe que trata de tudo a um filho.

Silêncio...

11. Doente - Pois

12. Psicoterapeuta - Ela é assim ? - **C2**

12. Doente - Ela levou-me ao hospital para levar a injeção. - **C1**

13. Psicoterapeuta - E o pai ? Há pai ? - **C1**

Hipótese definitiva.

13. Doente - Agora está reformado, era tipógrafo. Ele tem um curso de enfermeiro. Está a trabalhar como preparador físico na polícia - **C2 C3**

14. Psicoterapeuta - Eles vivem consigo? Com quem vive o Emanuel?
- **C1**

14. Doente - Não, não. O meu pai e a minha mãe são divorciados -
C2

15. Psicoterapeuta - O Emanuel também tinha um avô. O que é que aconteceu a esse avô? - **C1**

15. Doente - Era o meu avô paterno, o pai do meu pai. Ele realmente tinha doenças tinha diabetes, tinha problemas nos intestinos. Ele foi fazer uma operação ao cólon e ele realmente depois dessa operação nunca mais ficou bom. Ficou muito doente, de cama, não tinha forças para nada; depois parece que também tinha o mesmo problema que eu tinha, que é uma costela encostada ao pulmão, e então na véspera de ele morrer estive a falar com ele. Ele estava muito calado a olhar para as pessoas e depois quando eu me fui embora ele disse que "se calhar é a última vez que tu me vez". Eu disse "não pense nisso". Depois no outro dia telefonaram lá para minha casa a dizerem que o meu avô já tinha falecido. A minha avó contou que ele tinha aquele problema nas costas e tinha ido ao médico e que ele já não aguentava a operação e que tinham que mandar amputar-lhe a perna, e como já era velhote pensou assim: agarrou numas caixas de comprimidos que lá tinha, tomou e matou-se. - **A6 C2 E2**

Quando se coloca C2 no sistema onírico, continua a ser um pensamento falso, porque a identificação ao avô, mesmo no histórico onírico, é transformado num protótipo delirante. A experiência mutativa de identificação à imagem do avô não é feita.

16. Psicoterapeuta - O Emanuel ficou triste. Gostava muito deste avô? Era bom ter esse avô? - **C4**

16. Doente - Era nosso amigo, era mais como eu, companheiro - **C2**

17. Psicoterapeuta - O Emanuel parece que depois da morte do seu avô ficou com qualquer coisa dentro de si, parece que ficou com as mesmas doenças do seu avô? - **C5**

Formula-se como C5 porque se investiga a articulação de duas experiências - uma investiga sobre a história e o significado do sintoma na história, outra sobre a morte do avô e a eventual amputação da perna.

17. Doente - Pois, quer dizer, fiquei com esse problema, também - **C5**

18. Psicoterapeuta - Parece que foi a maneira de não perder completamente o seu avô - o Emanuel ficou triste quando perdeu o seu avô; em vez de ficar assim não perdeu o avô nem ficou triste. - **C5 E5**

O terapeuta trabalha na emoção e na história mítica-onírica.

18. Doente - Fiquei muito triste - **E5**

19. Psicoterapeuta - Ficou muito triste. Lembra-se como é que foi nessa altura? - **E5**

19. Doente - Depois de telefonarem estive em minha casa, fui ao enterro dele, estivemos a velar o corpo e fomos ao funeral - **E5**

20. Psicoterapeuta - O Emanuel começa a pensar que é igual ao seu avô a partir de que altura, passado quanto tempo? - **E5**

20. Doente - Eu não acho que seja igual ao meu avô, acho que tenho o mesmo problema que ele tinha. Isso é verdade que penso que tenho o

mesmo problema que ele tinha mas não penso ser igual ao meu avô com essas doenças - C2

O doente aqui foge à investigação, por intolerância à dor mental, que não é suportável.

21. Psicoterapeuta - Mas parece que fica mais acompanhado com essas doenças - B1

21. Doente - Sinto-me mais acompanhado aqui no Hospital. A Dr^a Ana tem-me dado medicamentos e disse que assim não havia necessidade de estar internado e de me amputarem a perna. Então ando a tomar esses medicamentos para isso. Quando sair daqui levo uma carta de recomendação ou qualquer coisa do género a dizer que eu estive aqui e que psicologicamente não aguento que eles me cortem a perna. Isso para mim era o fim do mundo, o que é que eu ia fazer, ia andar ainda mais aflito.- A6 A2 A6 A2

O doente retoma a acção. Interpreta o que não é interpretável. O terapeuta propôs-lhe um protopensamento, uma metacognição, na categoria B, que é metacognição de A. O doente não consegue trabalhar com protopensamentos.

22. Psicoterapeuta - Mas o Emanuel com estes medicamentos ainda sente formigueiro na perna, que está paralisada? - E2 *Concepção falsa*

22. Doente - Sim e por vezes sinto o formigueiro só no pé. Deixei passar muito tempo e isso foi uma estupidez minha. Deixei passar 5 anos

desde que me fizeram isto. Eu estava a trabalhar ou estava a estudar e não queria interromper. Fui deixando andar, como não tinha o formigueiro na perna nem nada. Quando comecei a ter isto fui logo ao hospital mas realmente já era tarde - **A6 A2 A6 A2**

23. Psicoterapeuta - O Emanuel não acha que estas coisas que tem, estas doenças, são medos, são ideias, são sentimentos ? Nas pernas ? Porque não tem nada! - **E2 E2**

23. Doente - Não, isto é real. - **E2**

24. Psicoterapeuta - Está bem, é real. O sentimento pode parecer que está a ser magoado, não é ? Nos pulmões e nas pernas acho que estava a falar da tristeza que ficou com a morte do seu avô. Parece que ficou com medo de morrer... - **C5 C2**

24. Doente - Pois exacto. Eu também já pensei nisso e disse isso à minha mãe. Realmente se eu não tiver solução vou lá ao médico levar uma carta daqui. Se ele me fizer a operação prefiro matar-me do que me cortarem a perna. - **A6 E6**

25. Psicoterapeuta - A solução seria a sua cabeça começar a pensar de outra maneira, não seria nem morrer nem cortarem-lhe a perna. - **C3 E3**

Propõe-se uma experiência mutativa.

25. Doente - Pois, realmente, por mais má que a vida seja é sempre bom viver. Só que não quero viver só com uma perna - **E1 A2 A6**

26. Psicoterapeuta - Eu sei que não quer viver só com uma perna, mas dá-me ideia que o Emanuel ficou mais inseguro depois daquela história do nariz partido e do Karaté. O que é que aconteceu nessa altura? - E1

26. Doente - O que é que aconteceu como?

27. Psicoterapeuta - O que é que aconteceu na sua cabeça, na sua vida... Pensou coisas? - C5

27. Doente - Não... sim... foi tudo uma confusão que lá houve, porque pensavam que eu estava a gozar com uma rapariga que lá andava a fazer Karaté. Houve lá um cinturão negro que disse para eu ir lá à escola e dizer que era meu irmão e eles já me deixavam de me andarem sempre a chatear e a perseguir... - C2 C2

28. Psicoterapeuta - Sim

28. Doente - Só que eu tinha a mania de ver as pessoas fortes e coisa. Se ele fosse lá e dissesse que era meu irmão já não me faziam mal já me deixavam sossegado só que outro que disse que podia fazer isso. só que tinha que lhe apresentar uma rapariga lá da escola e eu disse "sim está bem". Era uma que lá andava que a tratavam por Brígida e havia lá outra que não sabia Karaté e que tinha o mesmo nome. Houve lá um cinturão castanho que ouviu e pensou que eu andava a gozar com a outra rapariga que lá andava, e então combinaram de me fazer mal. Tinham a mania do cinturão preto, pronto e eles então combinaram de me fazer mal e de me darem um murro no nariz. Realmente eu até deixei que me acontecesse

isso nas costas , começaram a dar-me uma data de pontapés e pronto... -

C2 C2

29. Psicoterapeuta - Nesse dia o que é que aconteceu com as costas e consigo? - **C2**

29. Doente - Não, foi antes. Eles combinaram coisas que eu não vi e ele então disse para logo que começasse o combate para ele me dar um murro no nariz para me deixar logo defeituoso. Partiu-me logo o nariz e ficou logo assim como está. - **C2**

30. Psicoterapeuta - O Emanuel não tentou defender-se? Estava no Karaté - **C2**

30. Doente - Não porque não vi ele a dizer ao outro para me fazer mal. Só ao fim é que me apercebi que ele tinha dito ao outro para me fazer mal - **C2 E2**

31. Psicoterapeuta - De uma maneira geral quando é atacado o Emanuel não se defende? - **C3**

31. Doente - Não eu defendia-me - **C3**

32. Psicoterapeuta - Defendia-se?

32. Doente - Mas tinha sempre muito medo, muito medo ... - **E1 E3**

33. Psicoterapeuta - Medo do quê ? - **B1**

33. Doente - Do adversário, porque tinha mais medo que ele me desse um murro e ficaria assim. - **Hipótese definitiva** - C1

34. Psicoterapeuta - Depois foi o que aconteceu ? - B1

34. Doente - Foi o que me aconteceu realmente - C2

(Ao ser interrogado sobre a relação com o objecto responde a um nível de medo que está ligado à perseguição, que é o seu estado emocional).

35. Psicoterapeuta - Portanto parece que o Emanuel imagina que lhe vão acontecer coisas de que tem medo. Isto é mágico ? - C3 C4

35. Doente - Sim neste caso foi. Quer dizer, eu tinha uma camisola interior branca, mostrei-lhe as costas, tinha as costas todas vermelhas e cheias de sangue e ela em vez de chamar uma ambulância ou ir comigo falar com o homem que está lá na secretaria ainda me chamou para dentro do tapete outra vez mas realmente eu fiquei mesmo... se não desmaiei foi quase - A6 A6

36. Psicoterapeuta - Isso tinha 19 anos. Ainda agora o Emanuel continua a pensar que tem a costela metida para dentro a perfurar-lhe o pulmão desde essa altura. - C1 E1

36. Doente - Sim, sim.

37. Psicoterapeuta - Quando a mãe lhe dá massagens esta dor desaparece ou essa ideia de dor desaparece? - E3

Hipótese definitiva. Experiência de concepção de toque corporal.

37. Doente - Não sei. Sei que fico a sentir-me melhor - **E3**

38. Psicoterapeuta - Fica a sentir-se melhor. sim?

(Silêncio prolongado)

38. Psicoterapeuta - O Emanuel tem sonhos? - **B3**

38. Doente - Não, é raro ter sonhos. Não sonhava, mas agora há alguns tempos que não sonho nada. - **B3**

39. Psicoterapeuta - E acordado tem alguns sonhos? - **B2**

39. Doente - Acordado não tenho sonhos. Será mais desejos que eu tenho. É desejos. - **C2**

40. Psicoterapeuta - Que desejos são esses? - **C1**

40. Doente - Ficar bom, não ter problema nenhum, ter uma vida normal, isso é que é o principal - **C2**

41. Psicoterapeuta - Parece que vai concretizar isso? - **C2**

41. Doente - É só questão do outro médico me tirar o sangue venenoso - **A6**

42. Psicoterapeuta - Sangue venenoso? - **E2**

42. Doente - Pois, fui fazer umas análises e puseram lá uma gotinhas de um líquido que era para ver se ficava azul. É porque já tenho sangue venenoso e ela viu-me do lado esquerdo. - **A6**

43. Psicoterapeuta - Mas isso toda a gente tem Emanuel... - **C3**

43. Doente - Do lado esquerdo já apresentava um pouco de sangue venenoso - **C2**

44. Psicoterapeuta - Mas sangue venoso toda a gente tem, qual é a sua ideia em ter sangue venenoso? - **E4**

44. Doente - Pronto é sangue - **B2**

45. Psicoterapeuta - Estragado? - **C2**

45. Doente - Estragado sim - **C1**

46. Psicoterapeuta - Vai adoecer? - **E4**

46. Doente - É, se eles me fizerem a operação posso ficar maluco, só querer andar à tarefa e fazer essas coisas - **A6 A2 C2**

...

A entrevista continua na oscilação entre a tentativa de formular conceitos e as respostas do doente em A6 ou C2.

Análise dos resultados

PERGUNTAS DO TERAPÊUTA

#	PERGUNTA 1	PERGUNTA 2
1	E4	
2	E4	
3	E3	E4
4	C3	
5	C4	
6	C4	
7	C4	
8	C2	
9	C2	
10	C2	
11	C5	
12	C2	
13	C1	
14	C1	
15	C1	
16	C4	
17	C5	
18	C5	E5
19	E5	
20	E5	
21	B1	
22	E2	
23	E2	E2
24	C5	C2
25	C3	E3
26	E1	
27	C5	
28		
29	C2	
30	C2	
31	C3	
32		
33	B1	
34	B1	
35	C3	C4
36	C1	E1
37	E3	
38	B3	
39	B2	
40	C1	
41	C2	
42	E2	
43	C3	
44	E4	
45	C2	
46	C4	

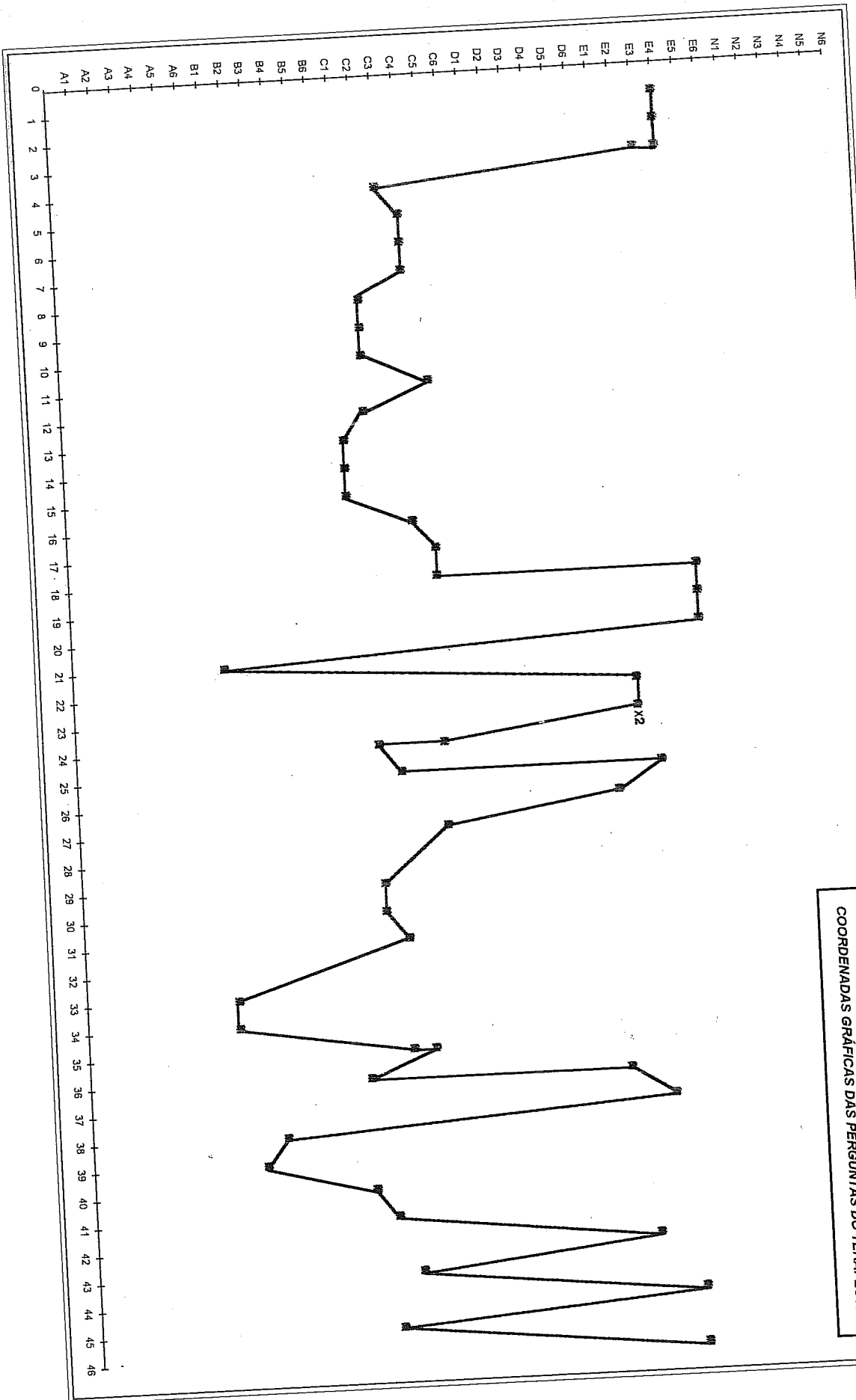
RESPOSTAS DO DOENTE					
#	RESPOSTA 1		RESPOSTA 2		RESPOSTA 3
1	A6	x5	A2		
2	A6	x2	A2		
3	E2		A6		
4	E2				
5	C4				
6	C4				
7	A6	x3	A2		C4
8	A6	x3	A2		
9	A6		A2		
10	A6		A2		
11					
12	C1				
13	C2		C3		
14	C2				
15	A6		C2		E2
16	C2				
17	C5				
18	E5				
19	E5				
20	C2			x2	
21	A6	x2	A2	x2	
22	A6	x2	A2		
23	E2				
24	A6		E6		
25	C1		A2		A6
26					
27	C2	x2			
28	C2	x2			
29	C2				
30	C2		E2		
31					
32	E1		E3		
33	C1				
34	C2				
35	A6	x2			
36					
37	E3				
38	B3				
39	C2				
40	C2				
41	A6				
42	A6				
43	C2				
44	B2				
45	C1				
46	A6		A2		C2

Tabelas de sub-totais

PERGUNTAS	
B1	3
B2	1
B3	1
C1	5
C2	10
C3	5
C4	5
E1	3
E2	5
E3	2
E4	4
E5	3

RESPOSTAS	
A2	12
A6	26
B2	1
B3	1
C1	4
C2	15
C3	2
C4	3
C5	1
E1	2
E2	5
E3	3
E5	2
E6	1

COORDENADAS GRÁFICAS DAS PERGUNTAS DO TERAPÊUTA



Organizamos o holograma da entrevista primeiramente pela notação das duas narrativas, a do terapeuta e a do doente, nas diversas categorias da grade, a fim de se examinarem as conjunções ou disjunções dos dois discursos na perspectiva do modelo de pensamento de Bion.

A utilização da grade permitirá avaliar o valor evolutivo da interpretação e da associação, segundo a natureza da correlação das duas categorias.

Globalmente verificamos que o terapeuta trabalha nas categorias C e E, utilizando o pensamento mítico-onírico e as concepções, tendencialmente nas colunas 3, 4, 5 onde investiga os factos e a notação da memória, mantendo a atenção flutuante para explorar e discriminar.

Há que referir ainda o número de pensamentos falsos do terapeuta (C2=10 e E2=5), que parece estar em correlação com a tendência do paciente de fugir às suas verdades penosas, lançando a mente do terapeuta também em formulações falsas, numa sincronia patológica.

Há momentos da entrevista em que ambos trabalham em experiência conjuntiva, segundo a formulação de Bion de continente-conteúdo, e em que há continuidade e concordância entre respostas C5 do terapeuta e E5 do paciente. Quando o terapeuta utiliza formulações do pensamento mítico-onírico o paciente responde ao nível das concepções, com capacidade de investigar aspectos particulares dos acontecimentos ocorridos, mas que são raros durante toda a entrevista (C5=1 e E5=2 - ver gráfico de coordenadas R e P, de 17 a 20).

O doente trabalha na fila A, dos protopensamentos, em que não é capaz de discriminar entre o animado e o inanimado, o concreto e o abstracto, o sujeito e o objecto, a realidade do mundo externo e a fantasia do mundo interno. O discurso é constituído por elementos β , que unicamente podem ser evacuados, e que clinicamente são próprios da psicose.

Temos 12 respostas em A2, de enunciados falsos ou mentirosos que levam muitas vezes o terapeuta a trabalhar em C2 (10 respostas), com pensamentos e pressupostos também falsos. O paciente tenta fugir das suas verdades penosas e do risco de uma mudança catastrófica usando várias formas de resistência.

Este funcionamento é continuado pelas respostas A6 (26) em que os pensamentos são expressos através de acções, que no caso são de natureza negativa por se manifestarem sob a forma de "actings" malignos que expressam tão somente descarga de elementos β de tipo sensorial.

No total de respostas do paciente é relevante ainda o número de respostas em C2 (15), em que os conteúdos são sobretudo mitos falsos e delírios.

O paciente responde de uma forma geral com afirmações inconciliáveis em relação à mente do terapeuta, fazendo-o dispersar e pensar muitas vezes em -K.

Da análise dos elementos da grade parece-nos evidente uma enorme intolerância do paciente à depressão. É-lhe insuportável aceder à sua

verdade. A intolerância à dor mental mantém-no no funcionamento do delírio, que se observa através da articulação de pensamentos falsos.

A verdade do paciente será, talvez, a de que existe um luto patológico que está em relação com o objecto perdido, que será uma parte do próprio.

A forma que o paciente tem de manter este objecto, de que provavelmente dependia, é a de uma relação de identificação projectiva complementar com a figura do avô. A perda do avô é a perda de uma parte da mente do paciente. O paciente mantém geralmente a sua vida mental em C2, A2 e A6, que são representadas por fenómenos compostos de imagens visuais, alucinações, delírios, isto é, enunciados falsos, com a intenção de impedir os enunciados que podem gerar angústia ou desenvolvimentos que envolvam uma mudança catastrófica.

8. Conclusões

Actualmente o conceito psicanalítico de psicose decorre da reformulação que integra todas as *conceptualizações metapsicológicas* clássicas, bem como novas contribuições: desde a psicologia do Eu, relações de objecto, teorias do narcisismo e do desenvolvimento infantil. Não esquecendo as contribuições das ciências do comportamento, etologia, neurofisiologia, psicolinguística e neuroquímica.

A tarefa de integrar todas as contribuições destas diferentes disciplinas científicas numa unidade coerente tem sido difícil, pela *incapacidade de conciliação de todos os pontos de vista* observados por cada um dos modelos, como num princípio de holografia, em que cada unidade poderia representar a estrutura total.

No que diz respeito à integração das *hipóteses genéticas*, encontramos enormes divergências e complicações.

Hoje quanto aos factores constitucionais, todas as escolas apontam para a sua possível existência, havendo também um consenso sobre a importância da qualidade das relações de objecto precoces que interferem no desenvolvimento infantil como estabilizadores do defeito da catexização narcísica do objecto. As escolas divergem sobretudo nas consequências destes factores, mas não discutem a sua existência prévia.

A viabilidade do método psicanalítico para o tratamento dos doentes psicóticos foi confirmado por diversos psicanalistas, estando divulgado em diferentes obras de que destacamos as de Rosenfeld, Bion e Grotstein.

Este grupo de kleinianos tem caminhado em direcção ao mesmo tipo de conceptualização, influenciando-se mutuamente. Muitas questões permanecem

por investigar, particularmente e por exemplo, a de como é que um "objecto mau" é algumas vezes e em alguns pacientes sentido como uma entidade separada dentro da personalidade, enquanto outras vezes e noutros pacientes domina o Eu numa amálgama destrutiva, que evita a loucura mas nunca permite alguma coisa como o encontro pleno com a ansiedade depressiva e o término do tratamento.

Bion coloca a hipótese de que a *inveja* é um factor crucial, com o que todos os outros concordam.

Rosenfeld considera importante a *privação advinda do objecto externo*, tanto no passado como no presente.

Betty Joseph acrescenta os níveis de *baixo limiar de tolerância à frustração e à dor*.

Elizabeth Bott Spillius na "Introdução à colectânea de artigos sobre o desenvolvimento da teoria e da técnica psicanalítica a partir de Melanie Klein", confirma que todos estes analistas consideram muito difícil compreender estes pacientes e todos encontram comprovações significativas *nas concepções de Melanie Klein*, nomeadamente:

- fixação à posição esquizoparanóide;
- a importância da identificação projectiva patogénica;
- existência de um superego arcaico e persecutório;
- existência de dor e ansiedade.

Bion explicita que existem *pré-condições generalizáveis* na *personalidade psicótica*, e que são:

- preponderância de impulsos destrutivos, em que mesmo o impulso de amor é inundado por eles e transformado em sadismo;
- ódio à realidade interna e à externa, que se estende a tudo o que contribui para a percepção de si próprio;
- terror de aniquilação eminente;
- formação prematura e precipitada das relações de objecto.

Bion refere que o tratamento destes pacientes passa por *dar o devido peso à natureza de divergência entre a personalidade psicótica e não psicótica*, e em particular ao *papel da identificação projectiva na parte psicótica da personalidade*, como substituto da repressão na parte neurótica (saudável) da personalidade.

O processo analítico destes pacientes é necessariamente longo e profundo e só atingem melhorias estáveis quando estão adquiridos os seguintes funcionamentos mentais:

- diminuição global da ansiedade persecutória;
- diminuição da clivagem do ego;
- maior capacidade para lidar com os conflitos no nível depressivo;
- maior capacidade de manter fora e dentro objectos bons.

A psicanálise pode resultar nestes pacientes na medida em que, para além de se sentirem aceites e compreendidos, esta se vai transformar num espaço para crescer, pensar e suportar a dor, o desconforto e a vergonha dos seus objectos internos malignos, que inibiam a sua capacidade de amor.

Bibliografia

A. P. A. D. S. M., 1993-III - R. Eficiente. Arte, design e publicações - Lisboa

Abraham, Karl, 1907-1925 - Obras completas. Edição Payot - Paris

Abraham, Karl, 1927 - Teoria psicanalítica da libido. Imago Editora

Badaracco, 1986 - A identificação e as suas vicissitudes na psicose. A importância do conceito do objecto enlouquecedor. International Journal of Psychoanalysis

Bion, Wilfred, 1959 - Attacks on linking. International Journal of Psychoanalysis 40: 308-315

Bion, Wilfred, 1962 - A theory of thinking. International Journal of Psychoanalysis 43: 306-310

Bion, Wilfred, 1962 - Learning from experience. W. Heinemann - London

Bion, Wilfred, 1963 - Elements of psycho-analysis. W. Heinemann - London

Bion, Wilfred, 1965 - Transformations. W. Heinemann - London

Bion, Wilfred, 1967 - Second thoughts, selected papers on psycho-analysis. W. Heinemann - London

Bion, Wilfred, 1970 - Attention and interpretation. Tavistock Publications

Bion, Wilfred, 1977 - Two papers: the grid and caesura. Imago - Rio Janeiro

- Bleichmar e Bleichmar, 1992 - A psicanálise depois de Freud. Artes médicas -
Porto Alegre**
- Bouvet, M., 1953 - Le moi dans la neurose obsessionnelle. Rev. Française
Psychanalyse**
- Brenman, Eric, 1985 - Crueldade e estreiteza mental. Imago editora**
- Burness, E., Fine, Bernard D., 1990 - Psychoanalytic terms and concepts. The
American Psychoanalytic Association**
- Carrie Lee Rothgeb, 1984 - Resumo das obras completas de Sigmund Freud.
Livraria Atheneu - Rio de Janeiro**
- Dias, C. Amaral, 1984 - A propósito de identificação. Jornadas luso-espanholas
de psicanálise - Lisboa**
- Dias, C. Amaral, 1988 - Para uma psicanálise da relação. Edições
Afrontamento - Porto.**
- Dias, C. Amaral, 1991 - Droga, uma neurose do séc. XX. Ed. Echer - Lisboa**
- Dias, C. Amaral, 1992 - As aventuras de Ali-Babá nos túmulos de Ur. Ed. Fenda
- Lisboa**
- Etchegoyen, Lopez e Rabih ,1987 - "Envy and how to interpret it". International
Journal Psychoanalysis 68: 49-61**
- Etchegoyen, R.H. e Rabih, M., 1981 - As teorias psicanalíticas da inveja.
Psicoanalysis 3: 359-484**

- Fairbain, W.R.D.**, 1963 - Synopsis of an object relation theory of the personality.
International Journal Psychoanalysis
- Federn, P.**, 1952 - Ego psychology and psychosis. Ed. E. Weiss, Basic Books -
New York
- Ferenczi, S.**, 1916 - Stages in the development of the sense of reality -
Contributions to psychoanalysis - Boston
- Freud, Sigmund**, (1911-1913) - Caso Schreber, artigos sobre a técnica e outros
trabalhos. vol.12 - Standard Edition
- Freud, Sigmund**, 1914 - Sobre o narcisismo, uma introdução. Ideal do ego,
herdeiro do narcisismo. vol.14 - Standard Edition
- Freud, Sigmund**, 1917 - Luto e melancolia. vol. 17- Standard Edition
- Freud, Sigmund**, (1917-1919) - Uma neurose infantil e outros trabalhos. vol.17
- Standard Edition
- Freud, Sigmund**, (1920-1922) - Além do princípio do prazer, psicologia de
grupo e outros trabalhos. vol.18 - Standard Edition
- Freud, Sigmund**, 1923 - O Ego e o Id e outros trabalhos. vol.19 - Standard
Edition
- Freud, Sigmund**, 1924 - Metapsicologia. vol.18 - Standard Edition
- Freud, Sigmund**, 1925 - Negação. vol.19 - Standard Edition
- Freud, Sigmund**, 1931 - A sexualidade feminina. As metas sexuais pré-
edípicas. vol.21 - Standard Edition

- Freud, Sigmund**, (1932-1936) - Novas conferências introdutórias à psicanálise e outros trabalhos. vol. 22- Standard Edition
- Freud, Sigmund**, 1937 - Construções na análise. A diferenciação entre a verdade histórica e material. vol.23 - Standard Edition
- Greenacre, P.**, 1952 - Trauma, Growth and Personality. Norton - New York
- Grotstein, James S.**, 1977 - The psycho-analytic concept of schizophrenia. International Journal of Psychoanalysis 58: 403-452
- Grotstein, James S.**, 1978 - Inner Space; its dimensions and its co-ordinates. International Journal of Psychoanalysis, 59: 55-61
- Grotstein, James S.**, 1981 - Splitting and Projective Identification. Jason Aronson - New York
- Grotstein, James S.**, 1984 - The Schreber case: A reappraisal. International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy vol.10: 321-382
- Guntrip, H.**, 1968 - Schizoid phenomena; object relations and the self. Hogarth Press - London
- Hartman, H., Kris, E., Lowenstein, R.M.**, 1949 - Notes on the theory of aggression. PSOC
- Hinshelwood, R.D.**, 1991 - A dictionary of Kleinian thought. Free Association Books - London
- Jackson**, 1964 - The self and the object work. International University Press - New York

Kaplan, H.I., Freedman, A.M., Sadock, B.J., 1980 - Comprehensive text book of psychiatry. Williams & Wilkins
Baltimore - London

Kestember, E., 1958 - Quelques considerations à propos de la fin du traitement des malades à structure psychotique. Revue Française Psychanalyse N°3

Klein, Melanie, 1930 - The importance of symbol-formation in the development of the ego. International Journal of Psychoanalysis, 11: 24-39

Klein, Melanie, 1933 - The early development of conscience in the child - Psychoanalysis today p.149-62- New York

Klein, Melanie, 1946 - Notes on some schizoid mechanisms. International Journal of Psychoanalysis, 29: 114-123

Klein, Melanie, 1952 - "Some theoretical conclusions regarding the emotional life of the infant" in Melanie Klein, Paula Heimann, Susan Isaacs and Joan Riviere, Developments in Psycho-Analysis, p.198-236

Klein, Melanie, 1957 - Envy and gratitude. Tavistock

Klein, Melanie, 1958 - On the development of mental functioning. International Journal of Psychoanalysis, 39: 84-90

Klein, Melanie, 1960 - Narrative of a child analysis. Hogarth

Laplanche, J., Pontalis, B., 1970 - Vocabulário de psicanálise. Editora Moraes

Lebovici, S., Diatkine, R., 1953 - Étude des fantasmes chez l'enfant. Revue Française Psychanalyse

- Loewald, H.W.**, 1962 - Internalisation, separation, mourning and the superego.
Psychoanalytic Quarterly 31: 438-504
- Macolpine, and Hunter, R.A.**, 1955 (ed. trans.) Daniel Paul Schreber -
Memories of my nervous illness. Dawson &
Sons Ed. - London
- Mahler, M.**, 1968 - On human symbiosis and the vicissitudes of individuation.
International University Press - New York
- Mahler, M., Pire, F., Bergman, A.**, 1975 - The psychological birth of human
infant. Basic Books - New York
- Marta, Harris e Meltzer, D.**, 1990 - Família e comunidade. Ed. Gráfica Litodar
- Meissner, W.N.**, 1981 - Internalization in psychanalyse. International University
Press - New York
- Meltzer, Donald**, 1978 - Le developpement de la psychanalyse. L'évolution
clinique en Freud. "The Schreber case". Bibliotheque
Internationale de Psychanalyse
- Meltzer, Donald**, 1990 - Metapsicologia ampliada. Aplicaciones de las ideas
de Bion. Spatia Editiones - Argentina
- Michael Robbins, M.D.**, 1992 - Psychoanalytic and biological approaches to
mental illness: Schizophrenia. Journal American
Psychoanalytic Association
- Nacht, S.**, 1971 - Guérir avec Freud. Petite bibliothèque Payot - Paris

- Nierderland, Wilham, 1918** - O caso Schreber, perfil psicanalítico de uma personalidade paranóide. Editora Campus Lda.
- Ogden, T., 1980** - On the nature of Schizophrenic conflict. International Journal of Psychoanalysis
- Ogden, T., 1982** - Projective identification and psychoterapeutic technique. Jason Aronson - New York
- OMS, ICD - 10, 1988** - Draft of chapter V.
- Peter Buckley, M.D. 1988** - Essential papers on psychosis. New York University Press
- Pichot, P., Fernandes, B., 1983** - Um século de psiquiatria e a psiquiatria em Portugal. Roche Farmacêutica Química Lda. - Lisboa
- Rezende, António Muniz, 1993** - Bion e o futuro da psicanálise. Papirus Editora - Brasil
- Riviere, Joan, 1932** - Jealousy as a mechanism of defence. International Journal of Psychoanalysis 13: 414-424
- Rosen, 1953** - Direct analysis. Grene & Stratton - New York
- Rosenfeld, Herbert, 1947** - Analysis of a schizophrenic state with depersonalization. International Journal of Psychoanalysis 28: 130-139
- Rosenfeld, Herbert, 1965** - Psychotic states. Hogarth Press - London

Rosenfeld, Herbert, 1969 - On the treatment of psychotic states by psychoanalysis; an historical approach. *International Journal of Psychoanalysis* 50: 615-631

Rosenfeld, Herbert, 1971 - A clinical approach to the psychoanalytical theory of the life death instincts; an investigation into the aggressive aspects of narcissism. *International Journal of Psychoanalysis* 52: 169-178

Rosenfeld, Herbert, 1971 - Contribution to the psychopathology of psychotic states; the importance of projective identification in the ego structure and the object relations of the psychotic patient. *Excerpta Medica*, p.115-128

Rosenfeld, Herbert, 1983 - Primitive object relations and mechanisms. *International Journal of Psychoanalysis* 64: 261-267

Rosenfeld, Herbert, 1987 - Impasse and interpretation. Tavistock

Rycroft, Charles, 1972 - Dictionary of Psychoanalysis. Penguin Books

Sacher, E., Kanter S.S. Brine e outros, 1970 - Psychoendocrinology of Ego desintegration. *American Journal of Psychiatry* 126: 1067 - 1078

Sandler, Joseph, 1960 - On the concept of the superego. PSOC

Schafer, R., 1968 - Aspects of internalization. International University Press - New York

- Searls, H.**, 1965 - Collected papers on schizophrenia and related subjects.
International University Press - New York
- Searls, W.**, 1962 - The differentiation between concrete and metaphorical thinking in recurring schizophrenia patient, in Collected Papers.
International University Press - New York
- Segal, Hanna**, 1950 - Some aspects of the analysis of schizophrenic.
International Journal of Psychoanalysis 31: 268-278
- Segal, Hanna**, 1957 - Notes on symbol formation. International Journal of Psychoanalysis 38: 391-397
- Segal, Hanna**, 1973 - Introduction to the work of Melanie Klein. Hogarth Press - London
- Segal, Hanna**, 1987 - The clinical usefulness of the concept of death instinct.
International Journal of Psychoanalysis 63: 241-252
- Spillius, Elizabeth Bott**, 1991 - Melanie Klein Hoje Vol. I e II, Imago Editora - Rio de Janeiro
- Steiner, J.**, 1982 - Perverse relationships between parts of the self; a clinical illustration. International Journal of Psychoanalysis 63: 241-251
- Tausk, V.**, 1948 - On the origin of the "influencing machine" in schizophrenia - Psychoanalytic Reader. International University Press
- Tyson, R., Tyson, P.**, 1993 - Teorias psicanalíticas do desenvolvimento - uma integração. Artes Médicas

White, N. R. B., 1961 - The mother conflict in Schreber's psychosis. International Journal of Psychoanalysis 42: 55-73

Winnicott, D.W., 1958 - Collected papers. Basic Books - New York

Xavier, M., 1994 - Esquizofrenia - Modelos etiopatogénicos. Perspectivas biológicas. Comunicação não publicada - Lisboa

Zimmerman, David, 1995 - Bion, da teoria à prática. Artes Médicas - Porto Alegre.