

3

A constituição do sujeito e a ordem patológica

Há em cada homem estranhas possibilidades. O presente seria cheio de todos os futuros se já o passado não projetasse nele uma história. Mas, aí de nós, um único passado propõe um futuro único – projeta-o a nossa frente como um ponto infinito no espaço (André Gide, em Os Frutos da Terra).

3.1

A constituição do sujeito que se coloca em estados-limite

O tema da constituição do sujeito está presente no trabalho de Freud e de praticamente todos os autores psicanalistas. Vários destes contribuíram de forma significativa para o entendimento de como se dá esse processo. De início, duas linhas se colocam, pelo menos na aparência, em pólos opostos: as que privilegiam teorias pulsionais e as que pensam que a motivação humana pode ser explicada por modelos relacionais. Dependendo de como são vistas e interpretadas, as diferentes teorias formam espectros bastante diversos. Um exemplo disso é a teoria pulsional freudiana que, para muitos, vê o sujeito se constituindo de forma um tanto solipsista. Para Greenberg e Mitchell, “a teoria da pulsão, não podendo ligar uma psicologia erigida sobre conceitos de energia e estrutura com uma psicologia do significado, não pode explicar completamente a motivação humana” (Greenberg e Mitchell, 1994, p.15). A psicanálise de Freud, na opinião de alguns de seus opositores, dá pouca ênfase ao significado com que as pessoas pontuam suas experiências cotidianas, principalmente nos estágios iniciais do desenvolvimento humano. Por outro lado, os próprios autores acima mencionados se apressam em explicar que Freud utilizou metáforas biológicas, muito em função do *zeitgeist* de sua época e de sua própria formação médica. Mas enfatizar somente este aspecto “pode obscurecer a aguda visão psicológica, a verdadeira teoria de significado, que a fez crescer” (Ibid., p. 16). De fato, seria até injusto pensar em apenas “um modelo” freudiano, tantas foram as modificações, adendos, novos enfoques dados por Freud às teorias que elaborou ao longo de sua vida. Se, por um lado, inventou o modelo pulsional, Freud também dedicou boa parte de sua vida a integrar

conceitos relacionais na estrutura estabelecida deste modelo. Greenberg e Mitchell chegam a classificar de “espúria” esta tentativa de distinção da psicanálise como ciência natural ou disciplina interpretativa. Para eles, a teoria freudiana de mecanismo é também uma teoria de significado.

Octavio Souza, em seu artigo “Nota sobre algumas diferenças na valorização dos afetos nas teorias psicanalíticas”, também defende esta posição, com ressalvas:

É possível encontrar, na obra de Freud, grande sensibilidade em relação ao lugar da alteridade na constituição do sujeito, demonstrada de modo mais significativo em seu apelo à idéia de herança filogenética, na teoria sobre as identificações (sobretudo na pouco trabalhada noção de identificação primária), na valorização progressiva do complexo de Édipo e no conceito de superego, que é um desdobramento da teoria das identificações. Entretanto, embora o conceito de superego seja a formulação na qual Freud elaborou com mais riqueza e conseqüência suas concepções a respeito da função da alteridade no psiquismo, ele deixa intocada a questão do estatuto dessa mesma função no início da vida psíquica, uma vez que supostamente a formação do superego acontece apenas no declínio do complexo de Édipo. É interessante notar que seria justamente a partir da hipótese da precocidade da formação do superego e da generalização para todo e qualquer processo pulsional da incidência dos mecanismos de introjeção e projeção que Melanie Klein buscava, de modo implícito, dar relevo à incidência da alteridade no momento inaugural da constituição do psiquismo (Souza, 2001, pp. 288-289).

A oposição entre teóricos do modelo pulsional e de outros modelos que privilegiem a teoria do significado, ou modelos baseados nas relações de objeto, traz também uma outra discussão. Dentro de cada um destes modelos já se pode dizer que não existe consenso. Pulsão é um conceito diferente para Freud, Klein ou Lacan. Por sua vez, também as relações objetais são pensadas de maneira bastante distinta entre os teóricos que privilegiam o modelo relacional. Outros tipos de mapeamento do campo psicanalítico foram desenvolvidos, sem que necessariamente contenham superposições claras com os modelos pulsional e relacional. Novamente Octavio Souza, em outro artigo, “Os continentes psíquicos e o vazio em psicanálise”, traz uma interessante contribuição, classificando, por uma abordagem diferente, as teorias analíticas:

É a partir desta diferenciação profunda e inicial entre o sujeito e o outro que talvez possamos compreender a multiplicidade das teorias psicanalíticas existentes, dividindo-as em dois grandes grupos: aquelas que são intersubjetivas em sua base e aquelas que são identificatórias em sua base. De um lado, teorias que postulam que o sujeito nasce tendo diante de si o objeto; de outro, teorias que postulam que este primeiro momento é marcado pela indiferenciação e que têm em Winnicott um de seus principais teóricos (Id., 2002).

Para Souza, no time dos teóricos intersubjetivos se reúnem “o principal de Freud, Melanie Klein e Lacan, para os quais o sujeito está sempre às voltas com o objeto” (Ibid.). Já os teóricos da relação de objeto, que compõem o segundo time, como

Balint e Winnicott, “vão considerar o primeiro momento da experiência psíquica como não sendo da ordem da diferenciação” (Ibid.). Entra aí a temática dos envelopes psíquicos e dos continentes psíquicos, da indiferenciação mãe-bebê.

É importante observar que, em ambos os grupos, houve e tem havido grandes progressos na teorização daquilo que é comumente denominado como fase pré-edípica (que engloba a fase pré-verbal). Partindo de gêneses diferentes e, portanto, com pressupostos também diversos, estas correntes têm, não obstante, um ponto em comum: ambas aceitam e realçam a importância dessa fase no desenvolvimento e na saúde psíquica. Essas duas correntes do pensamento psicanalítico se ocuparam, principalmente nos últimos cinquenta anos, em pesquisar e formar teorias mais elaboradas sobre questões relativas à psicose e os estados-limite. Com raras exceções, existe um consenso de que a constituição do sujeito passa por sua fase mais crítica no período pré-edípico, quando se formam as bases que terão grande influência sobre suas escolhas psíquicas futuras. Alguns exemplos (vindos de teóricos intersubjetivos, bem como dos identificatórios), de situações nas quais a constituição do sujeito pode induzi-lo ao caminho de uma psicose ou de estados-limite, são mostradas a seguir.

É importante realçar que muitos dos autores que mais contribuíram para um melhor entendimento dos estados-limite, como Klein e Bion, escreveram muitos de seus artigos com o pensamento voltado para o entendimento das psicoses. Não obstante, este material se mostrou extremamente útil para uma melhor compreensão dos estados-limite, o que se explica pela proximidade das etiologias de ambas as estruturas.

Os próximos itens deste capítulo irão mostrar alguns exemplos de como estes autores priorizaram o início da vida psíquica e de como formularam algumas de suas teorias que influenciaram o pensamento psicanalítico contemporâneo, possibilitando uma melhor compreensão da etiologia dos estados-limite.

3.1.1

A formação de símbolos

Em seu famoso artigo de 1926, “Inibições, sintomas e angústia”, ao falar do recalque como sendo um dos mecanismos de defesa, Freud faz uma ressalva:

Pode muito bem acontecer que antes da sua acentuada cisão em um ego e um id, e antes da formação de um superego, o aparelho mental faça uso de diferentes métodos de defesa dos quais ele se utilize após haver alcançado essas fases de organização (Freud, 1926, p. 160).

Quatro anos mais tarde, em 1930, Melanie Klein escreveria um artigo intitulado “A importância da formação de símbolos no desenvolvimento do ego”, que ficou também conhecido como o “caso do menino Dick”. Refere-se ao relato do tratamento de um menino autista, no qual Klein descreve a ausência da função simbólica e, conseqüentemente, do interesse por tudo a sua volta. Naquela ocasião, Klein daria seguimento à sua tese de que o conflito edipiano ocorre em estágios mais precoces do que propunha Freud. Para ela, estes estágios são marcados por uma atividade sádica, presente em todas as fontes de prazer libidinal. Isto fazia parte daquilo que era classificado por ela como realidade primitiva, presente na fase (ou posição, como preferia Klein¹) esquizo-paranóide, dos objetos parciais. Aí começava o desenvolvimento do ego e também o início do conflito edipiano, marcado pelas fantasias sádicas². O excesso de sadismo traz consigo uma carga de angústia, que coloca em ação as formas mais primitivas de defesa do ego, provocadas por duas fontes de perigo: o próprio sadismo do bebê e o objeto que é atacado³. Estas formas primitivas de defesa do ego diferem fundamentalmente do mecanismo de recalque: são de natureza violenta e implicam *expulsão* (em relação ao próprio sadismo do sujeito) e *destruição* (em relação ao objeto do sadismo). “Assim, o ego em desenvolvimento se vê diante de uma tarefa que não está ao alcance de suas possibilidades nesse estágio: a de dominar a mais aguda ansiedade” (Klein, 1930, p. 252).

Klein concluiu que o objeto do ataque sádico é identificado, pelo bebê, com o objeto agressor, isto é, ele próprio. Este processo primitivo de identificação⁴, forma o que Klein nomeou de *equação simbólica*. Esta última pode ser entendida como um “pré-simbolismo”, pois, neste processo, o símbolo é confundido (ou igualado) com o objeto. Para Klein, “o simbolismo é o fundamento de toda a sublimação e de todo o

¹ A palavra *posição* exprime melhor que o estado (esquizóide, paranóide, depressivo) surge num dado momento do desenvolvimento do sujeito, podendo repetir-se depois, de forma estrutural, em certas etapas da vida ou em situações específicas, como formas de defesa. Já a palavra *fase* pode pressupor que o estado descrito tem um começo e um fim, uma suspensão definitiva após uma duração específica.

² Esta forma de conceber o aparelho psíquico primitivo privilegiava a teoria pulsional freudiana.

³ Segundo Klein, o sadismo se torna fonte de perigo porque oferece uma ocasião para a liberação da angústia e porque as armas empregadas para destruir o objeto são sentidas, pelo sujeito, como sendo ameaçadoras a si próprio. Por outro lado, o objeto do ataque se torna uma fonte de perigo, pois é sentido pelo sujeito como uma fonte de ataques retaliadores.

⁴ Este processo inspiraria Klein, mais tarde, a desenvolver a idéia de identificação projetiva em *Notas sobre alguns mecanismos esquizóides* (1946).

talento, pois é através da equação⁵ simbólica que as coisas, as atividades e os interesses se tornam o conteúdo de fantasias libidinais” (Ibid.). Portanto é a angústia que impele o mecanismo da identificação, através da equação simbólica, na qual o bebê iguala seus órgãos com os demais objetos, os quais, por sua vez se tornam objetos de angústia, impelindo o bebê a fazer outras e novas equações, que irão, por sua vez, formar a base de seu interesse em novos objetos e no simbolismo.

Desse modo, o simbolismo se torna a base não só de toda a fantasia e sublimação, mas também da relação do indivíduo sujeito com o mundo externo e com a realidade em geral (...). O desenvolvimento do ego e a relação com a realidade dependem da capacidade do indivíduo de tolerar a pressão das primeiras situações de ansiedade já num período muito inicial (...). É essencial que o ego possua a capacidade adequada de tolerar a ansiedade, a fim de elaborá-la de forma satisfatória. Desse modo, essa fase básica terá uma conclusão favorável e o desenvolvimento do ego será bem-sucedido (Ibid., pp. 252-253).

Hanna Segal em seu artigo de 1957 “Notes on symbol formation”, através de dois exemplos interessantes, ressalta a diferença entre a simbolização feita por dois de seus pacientes: o primeiro é um esquizofrênico que após o início de sua doença havia parado de tocar violino e ao ser questionado sobre esta atitude, respondeu: *você espera que eu me masturbe em público?* Um segundo paciente relatou um sonho que teve, no qual ele tocava violino com uma moça. Ele associou o sonho a uma fantasia de masturbação, no qual o violino representava seu órgão sexual e tocá-lo representava masturbar-se. Embora os exemplos sugiram situações análogas de uso de símbolos – o violino representando o órgão genital masculino e tocar o violino representando o ato masturbatório – Segal aponta para um funcionamento bastante diferenciado deste símbolo, nos dois exemplos. No primeiro caso, o violino se tornou tão completamente igualado ao órgão genital que tocá-lo em público se tornou impossível: o violino era *sentido* como sendo genital; no segundo caso, o violino *representava* o genital, tornando possível, portanto, uma diferenciação consciente entre um e outro. Neste último exemplo, o violino pôde ser sublimado, embora esta hipótese imponha uma diferença conceitual importante entre Klein e Segal, de um lado e Jones, de outro. Para Jones (citado por Segal), o que é sublimado não é simbolizado. Nos exemplos acima, Jones diria que o violino do primeiro paciente poderia ser considerado como um símbolo, da mesma forma que no sonho do segundo paciente. Mas não seria um símbolo, quando este segundo paciente, uma vez acordado, tocasse o violino. Neste caso seria um ato de

⁵ A palavra no original em inglês é *equation*, que foi, entretanto, traduzida na referência mencionada como igualdade. Preferiu-se manter a fidelidade ao texto original.

sublimação. Segal, discordando de Jones, cita Klein, que mostrava que as brincadeiras das crianças – uma atividade sublimatória –, são também uma expressão simbólica de ansiedades e desejos. Ela afirma que

A formação de símbolos é uma atividade do ego tentando dar conta das ansiedades causadas por suas relações com o objeto. Primariamente isto representa o medo de objetos “maus” e o medo de perder ou não ter acesso aos objetos “bons”. Os distúrbios na relação do ego com os objetos são refletidos em distúrbios na formação dos símbolos. Em particular, distúrbios na diferenciação entre ego e objeto levam a distúrbios na diferenciação entre o símbolo e o objeto simbolizado e, conseqüentemente, ao pensamento concreto, característico das psicoses (Segal, 1957, p. 394).

Compartilhando a teoria de Klein, Segal descreve as primeiras relações objetais como um processo de cisão do objeto entre o idealmente bom e o inteiramente mau. O objetivo do ego é o de união total com o objeto bom e o de aniquilação total do objeto mau, assim como das partes más do *self*. O pensamento onipotente é soberano e o senso de realidade é intermitente e precário. Basicamente não existe o conceito de ausência. Todas as vezes que a união com o objeto ideal não for concretizada, o que é experimentado não é a ausência; o ego se sente assaltado pela contrapartida do objeto bom – o objeto mau. Essa é a época em que o pensamento cria objetos que passam a ser sentidos como presentes. Em seu *Projeto* de 1895, Freud já dizia que “(...) a lembrança primária de uma percepção é sempre uma alucinação (...)” (Freud, 1895, p. 392). De acordo com Melanie Klein, esta é também a época das más alucinações; quando as condições ideais não são preenchidas, o objeto mau é igualmente alucinado e sentido como sendo real.

O mecanismo de defesa talvez mais importante, nesta fase, é a identificação projetiva. Segal descreve:

Na identificação projetiva o sujeito, em sua fantasia, projeta grandes partes de si mesmo no objeto e o objeto se torna identificado com as partes do *self* que o sujeito sente que ele contém. Da mesma forma, objetos internos são projetados para fora e identificados com partes do mundo externo, que passam a representá-los. Estas primeiras projeções e identificações representam o início do processo de formação de símbolos (Segal, 1957, p. 395).

Os símbolos precoces, entretanto, como visto anteriormente, não são sentidos pelo ego como sendo símbolos, mas como sendo o próprio objeto original. Eles formam parte daquilo que Klein denominou de equação simbólica. Para Segal, a equação simbólica entre o objeto original e o símbolo no mundo interno e externo é a base para o pensamento concreto esquizofrênico, no qual a não-diferenciação entre a coisa simbolizada e o símbolo é parte do distúrbio na relação entre o ego e o objeto.

Para Klein, a equação simbólica é a marca característica da posição esquizo-paranóide. A evolução do ego e as mudanças na relação do ego com seus objetos se dão de forma gradual e assim também ocorre com a evolução da equação simbólica para os símbolos propriamente ditos. Isto ocorre num período que Klein denominou de posição depressiva. Aos poucos o ego vai adquirindo um senso de realidade calcado em três principais alterações em sua relação com o objeto: uma maior conscientização de ambivalência, uma menor intensidade de projeções e uma crescente diferenciação entre o *self* e o objeto. Simultaneamente o ego vai-se tornando cada vez mais preocupado em resguardar o objeto de sua agressão e possessibilidade.

(...) quando surgem conflitos entre amor e ódio na mente do bebê, e o medo de perder o objeto amado entra em ação, ocorre um avanço muito importante no desenvolvimento. Esses sentimentos de culpa e de sofrimento surgem como um novo elemento na emoção do amor. Eles se tornam parte integrante do amor, influenciando-o profundamente em termos de qualidade e quantidade (Klein, 1937, p. 352).

Este esforço irá implicar num certo grau de inibição dos impulsos agressivos e libidinais. Começa aí também aquilo que Freud denominou de narcisismo secundário. Essa capacidade do ego de proceder às mediações dos impulsos sexuais é que vai permitir a sublimação, conforme nos diz Freud:

A transformação da libido do objeto em libido narcísica, que assim se efetua, obviamente implica um abandono de objetivos sexuais, uma dessexualização — uma espécie de sublimação, portanto. Em verdade, surge a questão, que merece consideração cuidadosa, de saber se este não será o caminho universal à sublimação, se toda sublimação não se efetua através da mediação do ego, que começa por transformar a libido objetual sexual em narcísica e, depois, talvez, passa a fornecer-lhe outro objetivo (Freud, 1923, p. 43).

Segal postula que a formação dos símbolos na posição depressiva necessita de alguma inibição da libido sexual em relação ao objeto original, o que, por sua vez, torna os símbolos disponíveis para a sublimação. Os símbolos criados internamente podem então ser re-projetados no mundo externo, dotando-o de significação simbólica.

Na equação simbólica, o símbolo-substituto é sentido como sendo o objeto original. As propriedades próprias do substituto não são reconhecidas ou admitidas. A equação simbólica é utilizada para negar a ausência do objeto ideal ou para controlar um objeto persecutório. Pertence aos estágios mais primitivos do desenvolvimento. (...).

A formação dos símbolos governa a capacidade de comunicar, uma vez que toda a comunicação é feita por intermédio de símbolos. Quando ocorrem distúrbios esquizóides nas relações objetais, a capacidade de comunicar é igualmente perturbada: primeiro porque a diferenciação entre o sujeito e o objeto é obscura, segundo porque faltam os meios de comunicação, já que os símbolos são sentidos de uma forma concreta e estão, portanto, indisponíveis para a comunicação. (...) A dificuldade em lidar com pacientes esquizofrênicos e esquizóides encontra-se não somente no fato que eles não conseguem se comunicar conosco, mas principalmente no fato que eles não conseguem se comunicar com eles mesmos (Segal, 1957, p. 396).

Até aqui, a preocupação de Segal foi a de mostrar as diferenças entre dois extremos: por um lado, um ego que ultrapassa as etapas de desenvolvimento até atingir a uma maturidade na qual os símbolos podem ser utilizados livremente e a sublimação pode se transformar num recurso natural do aparelho mental para controlar a libido sexual e agressiva. Por outro lado, um ego que fica preso nas etapas mais primitivas do desenvolvimento, numa posição esquizo-paranóide, é praticamente incapaz de formar símbolos. Para Segal, fica clara a importância que tem este processo de maturação do ego, de passar bem pela fase depressiva, lidando com as relações precoces de objeto. Mas este exemplo não indica, evidentemente, que este seja um processo binário. E Segal acrescenta que alguma integração e relações objetais totais podem ser alcançadas na posição depressiva, acompanhadas da cisão de experiências mais precoces do ego. Nesta situação, algo parecido com um “bolso” de esquizofrenia pode existir isolado no ego, tornando-se uma ameaça constante à estabilidade. Neste caso, na pior hipótese, pode ocorrer um eventual desequilíbrio psíquico, trazendo ansiedades primitivas em forma de equações simbólicas cindidas, que invadem o ego. Na melhor hipótese, um ego relativamente maduro, apesar de restrito, pode-se desenvolver e funcionar.

3.1.2 Os ataques ao elo de ligação

A comparação entre a personalidade neurótica e a psicótica é necessária para um melhor entendimento dos estados-limite. Freud, em artigo de 1924, escreve sobre aquilo que talvez seja a mais importante “diferença genética” entre uma neurose e uma psicose:

A neurose é o resultado de um conflito entre o ego e o id, ao passo que a psicose é o desfecho análogo de um distúrbio semelhante nas relações entre o ego e o mundo externo (Freud, 1924, p. 167).

Nas neuroses, o ego se defende do id através do recalque. O material recalcado acaba criando representações substitutivas, que são os sintomas neuróticos. Para Freud,

“o ego entrou em conflito com o id, a serviço do superego e da realidade, e esse é o estado de coisas em toda neurose de transferência⁶” (Ibid., p. 168).

No caso das psicoses, segundo Freud, o ego cria um novo mundo externo e interno e esse mundo é construído de acordo com os impulsos desejosos do id. O motivo dessa dissociação do mundo externo é alguma frustração⁷ muito séria de um desejo por parte da realidade – uma frustração que parece intolerável. Freud resume assim, as conseqüências da ação do ego em função de tais frustrações:

O efeito patogênico depende de o ego, numa tensão conflitual desse tipo, permanecer fiel à sua dependência do mundo externo e tentar silenciar o id, ou ele se deixar derrotar pelo id e, portanto, ser arrancado da realidade (Ibid., p. 169).

Treze anos antes de escrever seu artigo sobre as diferenças entre neurose e psicose, portanto em 1911, Freud escreveu “Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental”, no qual discorre sobre o princípio de prazer e o princípio de realidade. Ao falar sobre este último, ele menciona “algumas adaptações necessárias no aparelho psíquico”, como uma evolução necessária em resposta ao princípio de realidade. Ele escreve então, em suas próprias palavras “superficialmente”, sobre estas funções: a consciência das impressões sensoriais, a atenção, a memória, o discernimento, o pensamento (Freud, 1911, p. 239).

A “escolha” ou fuga para a neurose se dá, como Freud esclarece, através do mecanismo de recalque (produto do conflito entre o ego e o id). Já a fuga para a psicose, de acordo com Bion, ocorre através do mecanismo de identificação projetiva. Para ele, o psicótico estilhaça os objetos e,

(...) simultaneamente, todo o setor de sua personalidade que o leva a tomar conhecimento da realidade por ele odiada é fragmentada, em pedaços mínimos também; pois é isto que contribui substancialmente para a sua sensação de que não é capaz de restaurar seus objetos ou o próprio ego (Bion, 1994, p. 60).

Neste caso, todas as funções que Freud descreve como adaptativas do aparelho psíquico ao princípio de realidade, são alvo de ataques sádicos e estilhaçadores “que levam à minúscula fragmentação dessas funções, seguida de sua expulsão da

⁶ No sentido nosográfico, esta é a categoria de neuroses que Freud distingue das neuroses narcísicas. Em comparação com estas últimas, as neuroses de transferência se caracterizam pelo fato de a libido ser sempre deslocada para objetos reais ou imaginários, em lugar de se retirar para o ego. Disso resulta serem mais acessíveis ao tratamento psicanalítico, porque se prestam à constituição no tratamento de uma neurose de transferência no sentido clínico, em torno da relação com o analista (Laplanche e Pontalis, 1995, p. 308).

⁷ Para Freud, essa frustração é, em última análise, sempre uma frustração externa, tanto no caso das neuroses como no das psicoses, embora possa também proceder do agente interno (superego) que assume a representação das exigências da realidade (Freud, 1924, p. 169).

personalidade e penetração ou enquistamento nos objetos” (Ibid.). Para Bion, na fantasia do paciente, as partículas expelidas do ego levariam uma vida independente e sem controle, ora contendo objetos externos, ora sendo por estes contidas. Em consequência deste processo, o paciente se sente rodeado por aquilo que Bion denominou de “objetos bizarros”.

Cada partícula é vivida como consistindo num objeto real que está encapsulado no pedaço de personalidade que o engoliu. A natureza da partícula como um todo dependerá, em parte, das características do objeto real – digamos, um gramofone – e, em parte, das características da partícula de personalidade que o engoliu. Se o pedaço de personalidade for relacionado à visão, o paciente achará que o gramofone quando estiver tocando estará olhando para ele; se relacionado à audição, aí ele achará que o gramofone o estará ouvindo, quando posto em funcionamento. O objeto, enraivecido, por ter sido engolido, incha, por assim dizer, e se esparrama, controlando o pedaço de personalidade que o engoliu; nesse sentido, a partícula de personalidade tornou-se uma coisa (Ibid., pp. 60-61).

Por outro lado, este tipo de paciente, por não suportar a realidade, quer-se afastar dela o máximo que for possível, com um mínimo de esforço. Isto é mais facilmente conseguido “se puder desfechar esses ataques destrutivos exatamente no elo de ligação, seja qual for, que vincula as impressões sensoriais à consciência” (Ibid., p. 61). Para Bion, a percepção da realidade psíquica ocorre na razão direta do desenvolvimento da capacidade de pensamento verbal, com base na posição depressiva. Como descrito nos trabalhos de Klein e Segal, é nesta posição que ocorre a formação dos símbolos e a relação desta com o pensamento verbal. O paciente psicótico, entretanto, fica preso à posição esquizo-paranóide, sendo capaz de igualizar, mas não de simbolizar.

A questão que mais uma vez se impõe é a de saber se os caminhos do ego têm seus contornos tão claramente delineados e irreduzíveis. Para Bion, o ego nunca está inteiramente afastado da realidade. Para ele, “o contato com a realidade é mascarado pelo domínio, na mente e na conduta do paciente, de uma fantasia onipotente, que visa a destruir ou a realidade, ou a consciência que tenha dela e, assim, atingir um estado que não é vida nem morte” (Ibid., p. 59). Em outras palavras, os fenômenos neuróticos jamais estão ausentes e servem, com sua presença em meio a material psicótico, como um fator complicador da análise.

3.1.3 Da identificação projetiva ao uso de um objeto

Pode-se dizer que muitos dos conceitos formulados por Melanie Klein foram inspiradores de toda uma corrente psicanalítica contemporânea, que enfatiza a existência de relações de objeto precoces como fundadoras do desenvolvimento psíquico e da personalidade⁸. Entre estes conceitos está o de identificação projetiva, como o mais importante mecanismo de defesa da posição esquizo-paranóide. Klein criou esta noção vinculando-a ao sadismo infantil: o bebê não deseja somente destruir a mãe, porém quer também se apossar dela:

Muito do ódio contra partes do *self* [projetadas] é agora dirigido contra a mãe. Isso leva a uma forma particular de identificação que estabelece o protótipo de uma relação de objeto agressiva. Sugiro o termo “identificação projetiva” para esses processos (Klein, 1946, p. 27).

Bion, alinhado com muitos dos conceitos de Klein, em especial com a idéia de que a angústia está ligada ao sadismo e à pulsão de morte, refinou o conceito de identificação projetiva. Para ele esta é a forma mais importante de interação entre paciente e analista, tanto na terapia individual como em grupos. Uma outra contribuição de Bion diz respeito à confusão reinante no meio psicanalítico, entre os conceitos de projeção e de identificação projetiva. Para ele, no caso da identificação projetiva, “o analista sente que ele está sendo manipulado no sentido de tomar parte, não importando quão difícil de reconhecer, na fantasia de um outro” (Bion, 1959, p. 149). Em outras palavras, a distinção entre os conceitos de projeção e de identificação projetiva reside no fato de o receptor da projeção ser ou não afetado emocionalmente pela fantasia daquele que projeta. Bion também estabeleceu uma relação entre a identificação projetiva com outras idéias, como a dos objetos bizarros,⁹ e a de continente-conteúdo. Este último conceito, extraído da relação mãe-bebê, traz também importantes conseqüências clínicas.

Para Bion, existe, desde o início da vida, um vínculo emocional profundo entre a mãe e o bebê. O sadismo deste último provoca angústias que podem ser muito intensas e que têm que ser descarregadas num objeto externo, no caso a mãe. Esta, por sua vez, desde que tenha certas capacidades emocionais, poderá *absorvê-las*, e até *metabolizá-*

⁸ Embora, deva-se ressaltar que vários autores compartilham com Klein a tese das relações de objeto precoces, mas divergem quanto à gênese da agressão e do sintoma. Winnicott é um bom exemplo destes.

⁹ Vide pág. 52.

las, devolvendo-as de maneira menos angustiante e mais assimilável ao seu bebê. Neste processo, a mãe não precisa fazer uso de interpretações ou qualquer outra verbalização. Basta acolher o bebê de forma que este se sinta seguro, mais calmo. Por outro lado, se a mãe também se angustiar, esta angústia poderá ser devolvida à criança e esta poderá cair num estado que Bion classificou como “terror inominável”. A relação continente-conteúdo representa algo complementar entre a identificação projetiva da criança e a receptividade materna. A mãe é o continente deste conteúdo, recebe-o e processa-o. Bion designa com a palavra *rêverie* (que poderia ser traduzida como *devaneio*) o estado de receptividade materna.

Winnicott não utiliza o conceito de identificação projetiva, até porque o bebê winnicottiano não tem um outro para projetar objetos e partes do *self*. Para ele não existem objetos bons ou maus internalizados. O bebê vive, nos primeiros momentos, um processo de indiferenciação em que a mãe não é separada dele, em que só há sentido falar no conjunto mãe-bebê. Não obstante esta grande e importante diferença teórica (que traz também conseqüências clínicas importantes), pode-se aproximar, por outro ângulo, alguns de seus conceitos com os de Klein, Bion e outros teóricos intersubjetivos. Em seu artigo de 1952, “Psicoses e cuidados maternos”, Winnicott nos fala do conjunto indivíduo-ambiente¹⁰:

No início, o indivíduo não é uma unidade. Para o observador externo, a unidade é o conjunto ambiente-indivíduo. (...) Se tudo correr bem, o ambiente criado pelo indivíduo torna-se bastante parecido àquele que todos geralmente percebem, e nesse caso acontecerá algum dia um estágio no processo de desenvolvimento através do qual o indivíduo passará da dependência para a independência. Trata-se de uma fase de desenvolvimento repleta de armadilhas, e do sucesso nessa etapa depende a saúde mental no que diz respeito à psicose (Winnicott, 1952, p. 308).

Neste mesmo artigo, Winnicott traça uma série de diagramas nos quais tenta mostrar as diferentes formas de comportamento entre indivíduo e ambiente. Faz então um paralelo entre o quadro de um indivíduo que procura o ambiente e recebe deste a acolhida esperada, com um outro no qual existe uma intrusão do ambiente sobre o indivíduo, provocando um retorno deste a um isolamento defensivo. Este último cenário, para Winnicott, pode ser responsável por uma cisão básica no conjunto ambiente-indivíduo e “poderia ter início no fracasso da adaptação ativa por parte do ambiente, no início da vida” (Ibid., p. 311).

¹⁰ Por ambiente, Winnicott quer indicar primordialmente a mãe ou a pessoa que assume os cuidados maternos.

Quando existe em alto grau a tendência à cisão nessa fase inicial, o indivíduo corre o risco de ser seduzido para uma vida falsa, e os instintos tornam-se nesse caso aliados do ambiente sedutor. (...) Uma sedução bem-sucedida desse tipo pode produzir um eu falso que parece satisfazer o observador incauto, apesar de que a esquizofrenia se encontra latente e irá ao final exigir atenção (Ibid., pp. 311-312).

Esta cisão no conjunto ambiente-indivíduo lança a base para a formação daquilo que, alguns anos mais tarde, Winnicott viria a denominar de personalidade falso *self*. Para ele, no início da vida, tanto o id como o ego não são sentidos pelo lactente como sendo seus. Desta forma, satisfazer as necessidades do bebê não significa satisfazer suas pulsões. “O ego do lactente está criando força e, como consequência, está a caminho de um estado em que as exigências do id serão sentidas como parte do *self*, não como ambientais” (Id., 1960, p. 129).

Em pelo menos duas outras ocasiões distintas, Winnicott aborda, por ângulos diferentes, a questão do par mãe-bebê. Em “O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil”, inspirado em Lacan e seu “Estádio do espelho”, ele pergunta:

O que vê o bebê quando olha para o rosto da mãe? Sugiro que, normalmente, o que o bebê vê é ele mesmo. (...) Muitos bebês, contudo, têm uma longa experiência de não receber de volta o que estão dando. Eles olham e não se vêem a si mesmos (Id., 1967, p. 154).

O bebê que olha para a mãe e se vê está num estado de apercepção. É como se o rosto da mãe fosse um espelho. Por outro lado, uma mãe “com rosto fixo”, ou que reage mal quando o bebê está em dificuldades ou quando é agressivo, vai fazer com que o bebê, ao olhar para o rosto dela, veja exatamente isto: o rosto da mãe.

Assim, a percepção toma o lugar da apercepção, toma o lugar do que poderia ter sido o começo de uma troca significativa com o mundo, um processo de duas direções no qual o auto-enriquecimento se alterna com a descoberta do significado no mundo das coisas vistas. (...) Na direção da patologia, encontra-se a predizibilidade, que é precária, e força o bebê aos limites de sua capacidade de permitir acontecimentos. Isso acarreta uma ameaça de caos e o bebê organizará a retirada ou não mais olhará, exceto para perceber, como defesa. Um bebê tratado assim crescerá sentindo dificuldades em relação a espelhos e sobre o que o espelho tem a oferecer. Se o rosto da mãe não reage, então o espelho constitui algo a ser olhado, não a ser examinado (Ibid., p. 155).

Em um outro artigo, de 1969, “O uso de um objeto e relacionamento através de identificações”, Winnicott traz à tona alguns exemplos vistos por um ângulo novo. O uso de um objeto, para ele, é posterior à relação de objeto e requer do sujeito a capacidade de colocar o objeto fora da área dos fenômenos subjetivos. “O objeto, se é que tem de ser usado, deve ser necessariamente real, no sentido de fazer parte da realidade compartilhada, e não um feixe de projeções” (Id., 1969, p. 123). A relação de

objeto é mais facilmente explicável pela psicanálise, já que o *relacionar-se* pode ser examinado como um fenômeno do sujeito enquanto o uso de um objeto requer levar em consideração a natureza do objeto, não como projeção, mas como coisa em si. Para Winnicott, a psicanálise “prefere sempre eliminar todos os fatores ambientais, exceto na medida em que se pode considerar o meio ambiente em termos de mecanismos projetivos” (Ibid., p. 124).

Os dois exemplos mais marcantes que Winnicott apresenta em seu artigo dizem respeito ao uso de um objeto na relação mãe-bebê e na relação analisando-analista. Em ambos os casos, há que se passar da relação de objeto, em primeiro lugar, e, através de uma fase intermediária, chegar, no final, ao uso do objeto. “Entre o relacionamento e o uso existe a colocação, pelo sujeito, do objeto fora da área de seu controle onipotente, isto é, a percepção, pelo sujeito, do objeto como fenômeno externo, não como entidade projetiva” (Ibid., p. 125). Para alcançar a área intermediária entre o relacionamento e o uso são necessários alguns passos, todos de vital importância: em primeiro lugar, o objeto é encontrado, ao invés de ter sido colocado pelo sujeito no mundo (fim da onipotência); em seguida, o sujeito destrói o objeto; o passo seguinte é aquele em que o objeto sobrevive à destruição, o que torna a realidade do objeto sobrevivente sentida como tal. Só então, é possível, para o sujeito, usar o objeto.

O objeto está sempre sendo destruído. Essa destruição torna-se o pano de fundo inconsciente para o amor a um objeto real, isto é, um objeto situado fora da área de controle onipotente do sujeito. O estudo desse problema envolve um enunciado do valor positivo da destrutividade. Esta, mais a sobrevivência do objeto à destruição, coloca este último fora da área de objetos criados pelos mecanismos psíquicos projetivos do sujeito. Dessa maneira, cria-se um mundo de realidade compartilhada que o sujeito pode usar e que pode retroalimentar a substância diferente-de-mim dentro do sujeito (Ibid., p. 131).

Como se vê, o conceito de uso do objeto, envolve também duas características marcantes: a primeira é a da experiência do sujeito, desde o relacionar-se com o objeto, seguida das demais etapas até o uso do objeto. A segunda característica depende do objeto em si: o objeto *precisa* sobreviver à destruição. O autor aponta em seus exemplos, tanto no par mãe-bebê, como no do analisando-analista, que em alguns casos, o objeto (a mãe ou o analista) *se deixa destruir*, por não suportar a agressividade do sujeito. Este ‘deixar-se destruir’ pode ocorrer por retaliação, abandono ou pelo objeto se colocar na posição de vítima dos ataques do sujeito, e impede, no caso do bebê, o desabrochar de seu potencial de desenvolvimento, e, no caso do analisando, que a análise chegue a um bom termo. Embora Winnicott empregue a palavra ‘destruição’, para ele a destruição real relaciona-se ao fracasso do objeto em sobreviver.

Winnicott também aponta para a análise do ‘caso de tipo fronteiro’ como um exemplo da dificuldade da questão do uso do objeto. O cerne do distúrbio do paciente é psicótico, mas o que aparece na análise (e na vida real do paciente) é um distúrbio psiconeurótico (ou psicossomático), toda vez que a ansiedade central psicótica ameaça irromper de forma crua. Ele alerta para o fato de que o psicanalista pode ser conivente, durante anos, com a necessidade do paciente de ser psiconeurótico e de ser tratado como tal.

A análise vai bem e todos manifestam satisfação. O único inconveniente está em que a análise jamais termina. Pode ser concluída e o paciente pode mesmo mobilizar um falso eu (*self*) psiconeurótico para finalizar o tratamento e expressar gratidão (Ibid., p. 122).

Pode-se especular sobre os diversos motivos que levaram a análise a chegar a este ponto: o paciente não aprendeu a alcançar a etapa de encontrar ou destruir o objeto; o analista não produz um campo fértil para que esta etapa possa ser desenvolvida; a etapa de encontrar e destruir o objeto é alcançada, porém o analista “se deixa destruir”. Em todos os casos, aponta Winnicott, analista e paciente tiveram êxito em *conluir-se* para provocar um fracasso.

Como uma espécie de corolário da questão da destruição e uso do objeto, fica um importante entendimento da questão da agressividade, na medida em que este difere substancialmente daquele contido nas teorias clássicas em psicanálise.

Na teoria ortodoxa, continua a suposição de que a agressividade é reativa ao encontro com o princípio de realidade, ao passo que, aqui, é o impulso destrutivo que cria a qualidade da externalidade. (...) Não há raiva na destruição do objeto a que me refiro, embora se possa dizer que existe alegria pela sobrevivência do objeto (Ibid., p. 130).

Winnicott, embora muito influenciado pelas teorias de Klein, não aceitava a questão freudiana (e kleiniana) da agressividade em termos de pulsão de morte. Klein partiu da pressuposição básica de que esta pulsão é responsável pelo sadismo original e de que este último dá vazão à angústia. Em outras palavras, Klein privilegiou e concentrou seus estudos em torno das fantasias inconscientes da criança – ou seja, o mundo interno. Já Winnicott, embora certamente interessado pelo mundo interno, optou por observar e privilegiar o modo como o mundo externo do ambiente familiar propicia ou inibe o desenvolvimento emocional da criança. Para ele, existe no ser humano, uma tendência inata ao desenvolvimento saudável, desde que possa haver uma adequada maternagem, ou, em suas próprias palavras, uma “mãe suficientemente boa”.

Parece viável, no entanto, aproximar Klein (e seus seguidores) de Winnicott, em muitos aspectos do desenvolvimento infantil. Partindo de gêneses diferentes, ambos

valorizam a relação dual mãe-bebê como fundamental e como o palco no qual se dão as principais ocorrências que poderão determinar se o desenvolvimento infantil se fará no sentido da saúde ou da doença. Os temas abordados por Winnicott, como o da cisão entre indivíduo e ambiente, o olhar da mãe como espelho do bebê e o uso do objeto, tentam dar conta de um período da vida anterior à tríade edipiana, anterior à castração, um período ainda “pré-verbal”.

3.1.4

A falha básica impedindo o nascimento psicológico

Em seu conhecido livro *A falha básica*, Michael Balint parte de uma reflexão: por que os analistas, por mais experientes que sejam e independentemente da escola a que pertençam – sem exceção – têm seus sucessos, seus casos difíceis e também sua cota de fracassos? Balint especula acerca dessa reflexão e conclui que existem dois motivos principais para esta ocorrência.

O primeiro motivo, de acordo com o autor, diz respeito à interpretação dada, pela maioria dos analistas, à questão da técnica proposta por Freud. Dessa forma, surgiram alguns parâmetros, considerados básicos, que dizem respeito à frequência das sessões, à duração de cada sessão, à questão da “abstinência”, à conduta do analista como “um espelho bem polido”, etc. Isso se deve, em grande parte, ao que Freud escreveu sobre suas experiências clínicas com pacientes obsessivos e melancólicos, para quem os conflitos estavam consideravelmente internalizados, ou, em outras palavras, os mecanismos e processos defensivos para lidar com estas questões haviam-se tornado eventos internos e permanecido como tais. Inversamente, portanto, os objetos externos eram pouco investidos por eles.

Se os eventos e objetos externos forem inconsistentemente investidos, a influência de tal variação, de um analista para outro, desde que utilizem uma técnica analítica “sensível”, será ainda menor, na verdade praticamente negligenciável. Esquecendo de que isso só é verdade nesse caso-limite e somente à primeira abordagem, alguns analistas chegaram à idéia da “técnica correta”, isto é, de uma que é correta para todos os pacientes e analistas, independentemente de sua individualidade. Se nossa maneira de pensar tiver validade, a “técnica correta” é uma quimera, uma fantástica compilação de fragmentos incompatíveis da realidade (Balint, 1993, p. 8).

O segundo motivo provável para o fracasso na análise, tem a ver com o primeiro. A técnica psicanalítica foi desenvolvida para pacientes que são capazes de

suportar a interpretação do analista, cujo ego é suficientemente forte para aceitá-las e realizar o que Freud chamou de processo de “perlaboração¹¹”. É justamente com pacientes incapazes dessa tarefa que as grandes dificuldades são encontradas.

Uma das descobertas mais notáveis de Freud é, sem dúvida, a questão do complexo de Édipo. Ele desempenha um papel fundamental na estruturação da personalidade e representa o complexo nuclear do desenvolvimento humano. O complexo de Édipo funciona também como uma espécie de divisor de águas, pois separa dois níveis de trabalho analítico: o nível edípico ou genital e o nível pré-edípico, ou pré-genital ou pré-verbal. Para muitos pacientes, a questão analítica situa-se justamente no nível pré-verbal. E para estes, em geral, a expressão deste material não pode ser feita por meio de palavras, muito menos por interpretações, que se tornam muitas vezes ininteligíveis ou inaceitáveis.

Por exemplo, aprendemos que há certos pacientes que têm grande dificuldade em “aceitar” qualquer coisa que aumente a pressão sobre eles, enquanto que há outros que aceitam tudo, porque, aparentemente, seu *self* mais íntimo é muito pouco influenciado. Como dissemos, esses dois tipos criam grandes dificuldades técnicas e teóricas, talvez porque sua relação com o analista seja muito diferente da que costumamos encontrar no nível edípico.

Os dois tipos que acabamos de mencionar constituem apenas uma pequena amostra dos muitos pacientes que geralmente são descritos como “profundamente perturbados”, “seriamente esquizóides”, “com um ego demasiado débil ou imaturo”, “altamente narcisistas”, ou com “profunda ferida narcísica”, etc., indicando, portanto, que a raiz de sua doença é mais distante e profunda que o conflito edípico (Ibid., p. 11).

Para Balint, da mesma forma que o nível edípico foi nomeado a partir de características definidas por novas descobertas, este outro nível deve também ter suas nuances próprias, não devendo ser chamado de “pré-alguma-coisa”. Balint ainda realça o fato de que este outro nível pode coexistir com o nível edípico, daí ser ainda mais inconveniente chamá-lo de pré-edípico. Para tal, ele propõe o nome de nível da *falha básica* e realça que ele deve ser descrito como uma falha e não como uma situação, posição, conflito ou complexo. Para ele, as quatro principais características deste nível são: a) todos os eventos que nele ocorrem pertencem a uma relação exclusivamente diádica (e não triádica, como no nível edípico); b) esta relação, além de diádica, é de natureza totalmente diversa das relações do nível edípico; c) a natureza da força dinâmica que opera nesse nível não é a de um conflito e d) a linguagem adulta, em muitos casos, pode ser inútil ou enganadora para descrever acontecimentos desse nível,

¹¹ Processo pelo qual a análise integra uma interpretação e supera as resistências que ela suscita (Laplanche e Pontalis, 1995, p. 339).

pois geralmente as palavras não estão alinhadas com seu significado convencional. A natureza da relação diádica pode ser considerada como uma “instância da relação objetal primária ou de amor primário (...). Qualquer terceiro que interfira nessa relação é sentido como um pesado encargo ou uma força intolerável” (Ibid., p. 15).

Outra importante característica que faz com que se possa perceber a semelhança entre o conceito de falha básica e alguns conceitos propostos por Winnicott, diz respeito à diferença de intensidade entre a satisfação e a frustração neste nível. Enquanto a satisfação (que Balint iguala à *adaptação* do objeto ao sujeito) traz uma sensação de bem-estar, natural e suave (e, portanto, difícil de ser observada), a frustração (falta de adaptação do objeto), ao contrário, provoca sintomas intensos e desastrosos. Analogamente a Winnicott, esta característica descrita por Balint adquire uma importância fundamental, tanto no nível do desenvolvimento infantil, como na clínica psicanalítica.

Balint, tal como Winnicott, também não utiliza a idéia de identificação projetiva para descrever os fenômenos da falha básica. A identificação projetiva pressupõe uma diferenciação entre o sujeito e o outro no início da vida psíquica, o que não é o caso, tanto em Balint como em Winnicott. É fácil perceber, entretanto, como algo muito próximo desta idéia está presente no trecho a seguir:

Ademais – e isso não é tão fácil de admitir – o paciente de alguma forma parece capaz de saber o que está se passando com o analista. Começa a saber cada vez mais a respeito dele. Esse aumento do conhecimento não tem sua origem numa fonte de informações externa, mas aparentemente deriva de um talento misterioso, que permite ao paciente “compreender” os motivos do analista e “interpretar” a sua conduta. Algumas vezes, esse talento misterioso pode dar a impressão de telepatia ou clarividência. O analista sente o fenômeno como se o paciente pudesse vê-lo por dentro, retirando daí coisas a seu respeito. O que é assim encontrado sempre é altamente pessoal, de algum modo sempre em relação ao paciente e, em geral, absolutamente correta e verdadeira e, ao mesmo tempo, totalmente desproporcionada e, por isso, falsa – pelo menos é assim que o analista a sente (Ibid., p. 17).

Ao contrário do nível edípico, no qual existem conflitos e necessidades libidinais não resolvidas, a falha básica ocorre num momento da vida em que não existe ainda um complexo, um conflito, ou mesmo uma situação. Segundo Balint, a palavra *falha* foi escolhida por ser a mais empregada por muitos de seus próprios pacientes para descrever o que sentiam. Uma característica peculiar dessa área é que invariavelmente ela está cercada de intensa angústia e enorme dificuldade de ser expressa em palavras. Há, entretanto, uma espécie de sentimento de que esta falha aconteceu porque alguém falhou ou descuidou-se do paciente. A angústia expressa uma demanda desesperada de

que esta falha não pode – e de fato não deve – ser repetida no tratamento clínico. Daí também a dificuldade do analista, como descreve Balint:

Uma necessidade pulsional pode ser satisfeita, um conflito pode ser resolvido, mas uma falha básica talvez possa apenas ser preenchida, desde que os ingredientes que estão faltando possam ser encontrados e, mesmo assim, apenas em quantidade suficiente para preencher o defeito, como uma simples e indolor cicatriz (Ibid., p. 19).

A questão das interpretações analíticas e da capacidade ou não do analisando de “perlaborá-las” pode criar um abismo entre o paciente e o analista e já havia sido descrita por Sándor Ferenczi, inspirador (e analista) de Balint. Em seu texto de 1932, “Confusão de língua entre os adultos e a criança”, partindo de sua constatação de casos clínicos de fracasso ou que tendem a se prolongar sem fim, Ferenczi chegou à conclusão de que existem níveis diferentes de linguagem entre analisando e analista, assim como existem entre os adultos e a criança. Para ele, havia um estágio anterior ao do amor objetal, denominado de estágio do *amor objetal passivo*, ou da *ternura*. Assim como Freud, Ferenczi acreditava que a capacidade de sentir um amor objetal era precedida de um estágio de identificação. Nesse estágio, uma intrusão de um adulto, como nos casos de abuso sexual ou das punições passionais, pode deixar marcas significativas.

A criança de quem se abusou converte-se num ser que obedece mecanicamente, ou que se fixa numa atitude obstinada; mas não pode mais explicar as razões dessa atitude. Sua vida sexual não se desenvolve ou assume formas perversas; não falarei aqui das neuroses e psicoses que podem resultar disso. O que importa, de um ponto de vista científico, nesta observação, é a hipótese de que a personalidade ainda fracamente desenvolvida reage ao brusco desprazer, não pela defesa, mas pela identificação ansiosa e a introjeção daquele que a ameaça e a agride (Ferenczi, 1932, p. 103).

Esta tese de Ferenczi foi formulada, em grande parte, através de conclusões baseadas em sua própria experiência clínica. Eis como ele reflete sobre esta questão:

Cheguei pouco a pouco à convicção de que os pacientes percebem com muita sutileza os desejos, as tendências, os humores, as simpatias e antipatias do analista, mesmo quando este está inteiramente inconsciente disso. Em vez de contradizer o analista, de acusá-lo de fracasso ou de cometer erros, os pacientes identificam-se com ele. (...) Portanto, devemos não só aprender a adivinhar, a partir das associações dos doentes, as coisas desagradáveis do passado, mas também obrigar-nos muito mais a adivinhar as críticas recalçadas ou reprimidas que nos são endereçadas. É aí que nos defrontamos com resistências não desprezíveis, não as do paciente, mas as nossas próprias resistências (Ibid., pp. 98-99).

Esta posição de Ferenczi realça, sobremaneira, as diferenças entre este e Freud, no tocante a certos aspectos da metapsicologia freudiana. Octavio Souza atenta para o exemplo do trauma:

Vale destacar as diferenças entre a concepção freudiana original e a concepção ferencziana de trauma. Para Freud, o trauma era perfeitamente equacionável em termos

energéticos: tudo girava em torno do estado de prontidão do aparelho psíquico para fazer frente aos afluxos externos e internos de energia, das peculiaridades da descarga afetiva dos processos de rememoração das cenas sexuais e dos mecanismos psíquicos empregados para evitar o desprazer das memórias e descarregar a energia afetiva. Para Ferenczi, contudo, o essencial no acontecimento traumático não era somente o aspecto energético-representacional da rememoração da cena de sedução mas, principalmente, a qualidade das trocas interpessoais entre a criança e os adultos que formavam seu meio sociofamiliar. Para ele, o importante não era tanto o que acontece de modo episódico na vida da criança, mas sim o fato de a criança dispor ou não de alguém em quem confiar para elaborar os episódios de sedução ou, dito de modo mais geral, a diferença de línguas entre sua sexualidade terna e a sexualidade passional dos adultos. As coisas se tornam realmente difíceis e traumáticas apenas quando o recalque levado a cabo pelos adultos de sua própria sexualidade os conduz a desmentir o que a criança lhes diz a respeito das situações potencialmente traumáticas para ela. Desse modo, o fator propriamente traumático é o desmentido, e não a cena de sedução e sua problemática energético-representacional (Souza, 2001, p. 290).

Tanto Ferenczi como, posteriormente, Balint, fincam raízes num psiquismo precoce como tendo influência marcante no desenvolvimento humano. Outra autora, Margareth Mahler, assim como Ferenczi, húngara de nascimento, se inspirou inicialmente nas teorias deste, mas também nas de Winnicott e Spitz, para formular suas próprias teses a respeito do psiquismo precoce infantil. Diferentemente dos autores citados, Mahler enveredou pela psicologia do ego, fiel à corrente annafreudiana, tendo criticado Klein por crer “numa memória quase filogenética, num processo simbólico inato” (Mahler, 1982, p. 136), não aceitando alguns conceitos kleinianos voltados para a vida fantasística do lactente. O trabalho de Mahler toma importante significado, pois sua teoria é fundamentalmente calcada em suas experiências e pesquisas clínicas, principalmente com crianças psicóticas. Para ela, o complexo de Édipo, apesar de representar o ápice, não somente do desenvolvimento psicosexual infantil, mas também das relações de objeto, representa o *quarto* organizador psicológico. Antes dele, Mahler descreve três outras fases de desenvolvimento: a fase autista normal, a fase simbiótica e a fase de separação-individuação. Além de descrever cada fase com suas principais características, Mahler também se detém nas passagens de uma fase para a outra no desenvolvimento do bebê. Essas passagens são causadas por crises que fazem *romper* a homeostase de cada fase, impelindo o bebê a entrar na fase subsequente. Apesar de uma boa passagem por todas as fases ser de importância fundamental ao bom desenvolvimento do bebê, Mahler coloca uma ênfase especial na fase de separação-

individuação, na qual se processa, efetivamente, o *nascimento psicológico* do indivíduo¹².

Separação e individuação são concebidos como dois desenvolvimentos complementares: a separação consiste na saída da criança da fusão simbiótica com a mãe, e a individuação consiste nas aquisições que marcam o momento em que a criança assume suas próprias características individuais (Id., 2002, p. 16).

Para Mahler, a criança que passa por este processo com suavidade acaba encontrando no desenvolvimento rápido das funções do ego um consolo para esta separação. Ela passa a ter prazer em exercitar o domínio de suas próprias habilidades e capacidades autônomas. Por outro lado, a precoce luta defensiva da criança contra a interferência em sua autonomia pode impedir o que Mahler denomina de “um caso de amor com o mundo”, ou “rompimento da membrana simbiótica”, ou experiência do “nascimento psicológico”. Ela cita o “temor ao reengolfamento” como uma das causas prováveis para “constelações precoces de variáveis que poderiam representar pontos de fixação para a regressão patológica, tais como a precoce diferenciação de um falso *self*. (...) Todas estas constelações de fatores são possíveis contribuintes do aspecto *borderline* no desenvolvimento da personalidade” (Id., 1982, p. 142).

Os mecanismos *borderline* são produtos ou resíduos de deficiência de integração e internalização, indicando o grau de insucesso na função de síntese do ego. Tal fato pode ser observado na clínica.

Para muitos fenômenos *borderline*, pode-se aplicar o que se tornou conhecido através da observação, não tanto do conteúdo quanto da conduta e das atitudes do paciente na situação psicanalítica, isto é, para determinadas configurações os padrões persistentes de transferência e *acting-out* parecem resultar de conflitos não resolvidos do processo de separação-individuação (Ibid., p. 144).

Por outro lado, Mahler alerta para a dificuldade de vincular nitidamente os aspectos importantes descritos nas três fases de desenvolvimento com aspectos específicos dos fenômenos *borderline* exibidos nos pacientes: “(...) fui ficando cada vez mais convencida de que não há ‘linha direta’ do emprego dedutivo de fenômenos *borderline* para uma ou outra descoberta importante da pesquisa observacional” (Ibid.).

Mahler traz algumas inovações e contribuições importantes. Pesquisadora por excelência, sua teoria é baseada em observações experimentais, trazendo um peso científico para a psicanálise, raramente visto em outros autores. Na descrição das três fases iniciais do desenvolvimento psíquico, embora realçando a importância das duas

¹² Para Mahler, “o nascimento biológico do homem e o nascimento psicológico do indivíduo não coincidem no tempo. O primeiro é um evento bem delimitado, dramático e observável; o último, um processo intrapsíquico, de lento desdobrar” (Mahler, 2002, p. 15).

primeiras fases (autista normal e simbiótica), coloca, como vimos, uma ênfase especial na última (separação-individuação), da qual tira a maior parte de suas conclusões. Ao privilegiar esta fase, que se inicia entre os cinco ou seis meses de vida do bebê, Mahler parece ter atendido mais às exigências científicas de seus experimentos (nesta fase é mais fácil realizar alguns testes), deixando em segundo plano uma fase mais precoce, mais exaltada por outros autores e, justamente, de mais difícil interpretação do ponto de vista da pesquisa científica. Os escritos de Mahler parecem confirmar este ponto.

(...) a interpretação em termos psicológicos dos fenômenos visíveis dos estados mais precoces de pré-ego – em nossos termos, os períodos autista e simbiótico inicial – é sumamente difícil. As inferências extraídas dos dados da conduta pré-verbal são ainda mais precárias que a utilização de hipóteses deduzidas dos dados observacionais de períodos posteriores. (...)

Estamos ainda subestimando a patogenicidade, assim como a estruturação do caráter e o papel integrador da personalidade dos níveis pré-verbais do desenvolvimento; subestimamos particularmente a importância dos precursores do ego e do superego, especialmente sua aptidão para criar tendências, difíceis de decifrar, para conflitos intrapsíquicos (Ibid., pp. 122 e 131).

Portanto, cabe aqui uma observação quanto ao título deste subitem: a *falha básica* proposta por Balint pode impedir o *nascimento psicológico* da criança, mas sem que uma analogia com os achados de Mahler (a quem cabe esta última expressão) possa ser feita diretamente, já que a falha básica de Balint pressupõe ocorrências em nível mais precoce do que os da fase de separação-individuação de Mahler.

No estudo dos estados-limite existe uma variação relativamente grande entre as ênfases dadas, pelos diversos autores, às gêneses destas psicopatologias. Há uma tendência, talvez até exagerada, de se recuar cada vez mais no tempo, procurando formular teorias sobre períodos muito remotos da vida psíquica. Desde pesquisas envolvendo comportamento fetal e meio ambiente do feto (Piontelli, 1995), a autores que advogam fases ainda mais precoces do que a posição esquizo-paranóide de Klein¹³, até aqueles, como Margareth Mahler, que se baseiam num período mais tardio, todos possuem, no entanto, alguns pontos em comum: colocam grande ênfase em períodos anteriores ao do complexo de Édipo freudiano, principalmente no período pré-verbal, o que torna extremamente difícil não só uma validação mais científica de seus achados, como também a própria explicação clínica para fatos que foram vividos numa época não-verbal. Não obstante, parece cada vez mais unânime, entre os autores que abordam

¹³ Refere-se aqui especificamente a Thomas Ogden, com sua teoria sobre a posição autista-contígua, que será examinada no item 4.3 desta dissertação.

o tema dos estados-limite, que a constituição do sujeito neste período pré-verbal é grandemente responsável pelos casos clínicos até então surgidos.

3.2 A ordem patológica

Conforme já foi referido no início deste capítulo, existem inúmeras teorias psicanalíticas que tentam explicar o funcionamento do aparelho psíquico humano, assim como várias formas de classificar essas teorias.

A proposta de Octavio Souza¹⁴, de dividir as teorias psicanalíticas em dois grandes grupos, o dos teóricos intersubjetivos e o dos identificatórios, pode facilitar essa tarefa, pelo menos no que concerne à questão de como visualizar o período pré-verbal. Souza realça que a grande importância destas óticas diferentes está justamente na questão clínica. Enquanto os teóricos intersubjetivos vão privilegiar a questão da demanda do paciente e, conseqüentemente, da formação do inconsciente que se oferece à interpretação, Winnicott e outros teóricos da relação de objeto nos defrontam com falhas estruturais do ego e do *self*, que não se oferecem à interpretação, pois fazem parte de um vazio, de uma despersonalização ou desrealização. É aí que se pensa em falhas na constituição do ser, falhas tão primitivas que não teria sentido uma clínica da interpretação, principalmente baseada no modelo clássico triádico edipiano. As falhas são anteriores a esta fase, pertencendo ainda ao tempo não-verbal, tempo da indiferenciação ou da constituição do envelope psíquico (Souza, 2002).

Nos dois itens seguintes tenta-se mostrar o lado patológico dos estados-limite sob prismas ou ângulos diferentes, que coincidem, pelo menos em sua essência, com as classificações propostas por Souza. Em primeiro lugar, as patologias vistas pelo ângulo de uma psicanálise que tem, por base, a questão identificatória. Em seguida, a visão de uma psicanálise com base intersubjetiva.

Do lado *identificatório* as patologias podem ser caracterizadas por falhas no que pode ser chamado de *continuidade de ser*. Isto será explicado no próximo item deste capítulo. Tomaram-se exemplos de três grandes autores, expoentes dessa linha de

¹⁴ Vide pág. 44.

pensamento: Winnicott, Balint e Fairbairn¹⁵. Do lado *intersubjetivo*, essas patologias são vistas por um ângulo onde predominam as questões narcísicas e a agressividade e os autores escolhidos para retratar alguns tipos de patologias abordadas através desse foco são Kernberg e Green.

3.2.1 Falhas na continuidade de ser

Souza, ao propor a classificação de dois grandes grupos psicanalíticos, nos fala das grandes diferenças a respeito da constituição do sujeito em cada grupo:

Se compararmos o que Winnicott e Lacan nos falam sobre identificação primária, veremos que para o primeiro não se pode falar em sujeito neste momento inicial, mas sim num campo experiencial mãe-bebê a que se poderia chamar de campo experiencial pré-subjetivo. Winnicott se refere a isso como um momento puro feminino, condição básica para a instalação de um ser que evolui continuamente no tempo. Não existe ainda o sentido do *eu sou*, mas sim o de *seguir sendo* (Ibid).

Adiante, no mesmo artigo, Souza, citando Anne Álvares, fala de necessidades psíquicas como coisas que têm que ser dadas sem serem pedidas, ou seja, que não são da ordem da demanda e, conseqüentemente, da pulsão. O sujeito da demanda já está desde sempre constituído, ao passo que o sujeito que se está constituindo não demanda: ele simplesmente tem necessidades que serão atendidas, ou melhor, *apresentadas* a ele. A mãe não dá o seio, mas o *apresenta* no mesmo momento em que o bebê o alucina. Não há dom, há apenas apresentação. Souza pega emprestado o termo bioniano de *continente–conteúdo* para dizer que os teóricos intersubjetivos privilegiam uma análise de conteúdos, enquanto os teóricos da relação de objeto, da indiferenciação, como Winnicott e Balint, procuram analisar os continentes¹⁶. A indiferenciação mãe-bebê nos remete à continuidade psíquica, como explica Souza:

Parece útil nestes casos pensar em termos de continuidade psíquica, de necessidade psíquica e da constituição de envelopes psíquicos, que não querem dizer nada, mas que

¹⁵ Alguns autores teriam restrições quanto à inclusão de Fairbairn nesse grupo, por sua teoria dos objetos internos, aproximando-o dos conceitos kleinianos, que pressupõem uma diferenciação entre sujeito e objeto. Não obstante ser este um comentário válido, outros construtos teóricos de Fairbairn o aproximam mais, em nossa opinião, dos teóricos da indiferenciação.

¹⁶ Há, com certeza, diferenças importantes entre Bion e Winnicott, como se apressa a esclarecer Souza. Embora a mãe possa ser vista como continente na teoria deste último, não existe, numa fase inicial, um ‘conteúdo’, uma vez que não existe diferenciação entre esta e seu bebê. Já para Bion, o bebê é um bebê pulsional, que se relaciona com a mãe em termos de identificação projetiva, ou seja, desde o início a mãe é o outro.

permitem que alguma coisa se diga. Winnicott vai dizer: a dimensão mais simples da experiência, mais simples por não ser analisável, é a dimensão da continuidade do ser, a dimensão pré-subjetiva na qual não existe diferença entre o sujeito e o objeto, dimensão esta que é proporcionada pelo cuidado materno. É a partir deste cuidado que se forma um campo na qual as pulsões podem ser vividas como pertencendo e dizendo respeito ao sujeito. Só depois da constituição desta dimensão do ser é que o fazer pulsional se institui permitindo uma análise edipiana do sujeito, uma análise interpretativa (Ibid.).

Para Winnicott, o termo *self* representa, em sua essência, uma descrição psicológica de como o indivíduo se sente subjetivamente. Em termos de desenvolvimento, o *self* central (ou verdadeiro) se faz presente nos primórdios da vida; é como se fosse um potencial herdado do recém-nascido. Se houver um ambiente suficientemente bom, através dos cuidados maternos primários, este *self* incipiente se desenvolve gradativamente num *self* total.

A continuidade psíquica, ou continuidade de ser, tem seu lugar junto ao verdadeiro *self* e está relacionado à possibilidade de não-integração, que é a precursora da habilidade de relaxar, criar e brincar. Esta continuidade de ser é possibilitada no ambiente de *holding* e possibilita a “habilidade de ser”. Em 1949, em entrevista radiofônica (que só seria publicada em 1966), Winnicott fala de identificação primária e faz uma distinção entre suas idéias e o existencialismo:

Do ponto de vista do bebê, nada existe além dele próprio, e, portanto, a mãe é, inicialmente, parte dele. Em outras palavras, há algo, aqui, que as pessoas chamam de identificação primária. Isto é o começo de tudo, e confere significado a palavras muito simples, como *ser*.

Poderíamos usar o termo *existir*, em sua extração francesa, e falar a respeito da existência, transformar isso numa filosofia e chamá-la de existencialismo, mas de qualquer forma preferimos começar pela palavra *ser*, e em seguida pela afirmação *eu sou*. O importante é que o eu sou *não significa nada, a não ser que eu*, inicialmente, *seja juntamente com outro ser humano* que ainda não foi diferenciado. Por este motivo, é mais verdadeiro falar a respeito de *ser* do que usar as palavras *eu sou*, que pertencem ao estágio seguinte. Não é exagero dizer que a condição de ser é o início de tudo, sem o qual *o fazer e o deixar que lhe façam* não têm significado (Winnicott, 1966, p. 9).

A partir dessa experiência de *ser* é possível desenvolver a capacidade de viver de forma criativa e de brincar, que são atividades integradas que levam ao fazer. Esta experiência de *ser* é que Winnicott localiza junto ao elemento feminino, enquanto o *fazer* fica no âmbito do elemento masculino (Id., 1971, p. 115).

O papel da mãe é, portanto, prover o bebê de um ego auxiliar que terá a função de integrar, aos poucos, sua capacidade perceptiva e motora nascente com as sensações corporais e os estímulos ambientais, protegendo, assim, o frágil núcleo do *self* do bebê. Para Winnicott, esse núcleo, ou *self* central, verdadeiro, “provém da vitalidade dos tecidos corporais e da atuação das funções do corpo, incluindo a ação do coração e a

respiração. Está intimamente ligado à idéia de processo primário e é, de início, essencialmente não-reativo aos estímulos externos, mas primário” (Id., 1960, p. 136).

Uma vez entendida a questão da continuidade de ser e do papel primordial da mãe nesse processo, resta a pergunta: o que sucede quando a mãe não fornece a proteção adequada ao frágil *self* do recém-nascido? Em outro artigo, datado também de 1960, Winnicott não somente responde a esta pergunta, como dá sua posição sobre a questão da pulsão de morte:

Neste lugar que é caracterizado pela existência essencial de um ambiente sustentador, o “potencial herdado” está se tornando uma “continuidade de ser”. A alternativa de ser é reagir, e reagir interrompe o ser e o aniquila. Ser e aniquilamento são as duas alternativas. O ambiente tem por isso como principal função a redução ao mínimo de irritações a que o lactente deva reagir com o conseqüente aniquilamento do ser pessoal. Sob condições favoráveis o lactente estabelece uma continuidade da existência e assim começa a desenvolver a sofisticação que torna possível estas irritações serem absorvidas na área da onipotência. Neste estágio a palavra morte não tem aplicação possível, e isso torna o termo pulsão de morte inaceitável na descrição da base da destrutividade. A morte não tem sentido até a chegada do ódio e do conceito da pessoa humana completa (Id., 1960b, p. 47).

A falha ambiental é, portanto, percebida pela criança como uma ameaça à sua continuidade existencial, provocando nela uma subjetividade de que todas as suas percepções e atividades motoras são apenas resposta ao perigo a que está exposta. Aos poucos, ela vai substituindo a proteção que lhe foi negada por uma outra que ela própria passa a fabricar. Em 1955, num trabalho denominado “Raízes primitivas da agressividade”, Winnicott mencionava três padrões de experiências do id de cada bebê. O primeiro seria um padrão esperado, no qual o ambiente é constantemente descoberto e redescoberto a partir da motilidade do bebê. Num segundo padrão, o ambiente impõe-se ao bebê, provocando reações à intrusão, e uma retirada em direção à quietude, única situação possível de existência. Num terceiro padrão, este último fenômeno é levado ao extremo, não restando um lugar para onde o bebê se possa refugiar. Eis o que diz Winnicott sobre este padrão:

O ‘indivíduo’ desenvolve-se então mais como uma extensão da casca que como uma extensão do núcleo, ou seja, como uma extensão do ambiente invasor. O que resta do núcleo permanece oculto, por vezes a ponto de não ser encontrado nem mesmo através da mais profunda análise. O indivíduo, assim, existe por não ser encontrado. O verdadeiro eu está oculto, e aquilo com que temos de lidar clinicamente é um complexo falso eu cuja função é manter o verdadeiro eu escondido. O falso eu pode estar convenientemente em sintonia com a sociedade, mas a falta de um eu verdadeiro acarreta uma instabilidade que se torna mais evidente quanto maior for o engano da sociedade em pensar que o falso eu é verdadeiro. A queixa do paciente é de um sentimento de inutilidade (Id., 1955, pp. 297-298).

Mais adiante, ao desenvolver em maiores detalhes a questão do falso eu, Winnicott passou a denominá-lo falso *self*. Em seu artigo de 1960, ele também se refere à sensação do indivíduo falso *self* de ser um ‘impostor’, apesar de, muitas vezes, ter grande sucesso social e profissional. Outra característica é a obediência ou submissão. Para Winnicott, a submissão se vincula ao desespero, em lugar da esperança. “A submissão traz recompensas imediatas e os adultos confundem, com excessiva facilidade, submissão com crescimento” (Id., 1963, p. 96). Em outra ocasião, ele menciona: “O falso *self* tem uma função positiva muito importante: ocultar o *self* verdadeiro, o que faz pela submissão às exigências do ambiente” (Id., 1960, p. 134). Ele destaca a diferença entre submissão e compromisso: este último representa uma característica saudável e adaptável. Na saúde, as condutas sociais, mais do que uma submissão, representam um compromisso. Dessa forma, na saúde, o compromisso deixa de existir quando as questões envolvidas adquirem outra conotação; nesses casos, o verdadeiro *self* torna-se capaz de suprimir o *self* submisso. Do ponto de vista clínico, isso pode ser muitas vezes observado como um problema recorrente da adolescência.

Estou dizendo, de certa forma, que cada pessoa tem um *self* educado ou socializado, e também um *self* pessoal privado, que só aparece na intimidade. Isso é comum e pode ser considerado normal.

Se vocês observarem, poderão ver que essa divisão do *self* é uma aquisição *saudável* do crescimento pessoal; na *doença*, a divisão é uma questão de cisão na mente, que pode chegar a variar em profundidade; a mais profunda é chamada de esquizofrenia (Id., 1964, pp. 54-55).

Para Jan Abram, em seu livro *A linguagem de Winnicott*, a definição acima remete à *persona* (ou “máscara”) descrita por Jung. Seria, portanto, a forma civilizada com que o *self* se apresenta socialmente, similar ao falso *self* sadio de Winnicott. “No entanto, uma identificação muito intensa com a *persona* de alguém é entendida por Jung como uma identificação patológica – como o falso *self* patológico presente no espectro proposto por Winnicott” (Abram, 2000, p. 231).

Uma questão importante relativamente ao falso *self*, diz respeito às implicações técnicas para a clínica psicanalítica. Winnicott menciona que um grande número de pacientes experimenta uma “pseudo-análise” após um prolongado tempo fazendo tratamento psicanalítico:

No trabalho psicanalítico é possível se ver análises continuar indefinidamente porque são feitas na base do trabalho com o falso *self*. Em um caso, com um paciente masculino que tinha tido uma análise de duração considerável antes de vir a mim, meu trabalho com ele realmente começou quando lhe tornei claro que reconhecia sua não-existência. (...)

Um princípio pode ser enunciado, o de que na área do falso *self* na prática analítica verificamos fazer mais progresso ao reconhecer a não-existência do paciente do que ao trabalhar longa e continuamente com o paciente na base de mecanismos de defesa do ego. O falso *self* do paciente pode colaborar indefinidamente com o analista na análise das defesas, estando, por assim dizer, do lado do analista, neste jogo. Este trabalho infrutífero só é encurtado com êxito quando o analista pode apontar e especificar a ausência de algum aspecto essencial: “Você não tem boca”, “Você ainda não começou a existir”, “Fisicamente você é um homem, mas você não sabe por experiência nada sobre masculinidade”, e assim por diante. Esses reconhecimentos de um fato importante, tornados claros no momento exato, abrem caminho para a comunicação com o *self* verdadeiro. Um paciente que teve muita análise inútil na base de um falso *self*, cooperando vigorosamente com um analista que pensava ser aquele seu *self* integral, me disse: “A única vez que senti esperança foi quando você me disse não ver esperança, e continuou com a análise” (Winnicott, 1960, pp. 138-139).

Os exemplos acima descritos por Winnicott se referem àqueles indivíduos com falso *self* patológico. Se, no início de suas exposições teóricas, Winnicott dividia o *self* em duas categorias, o verdadeiro e o falso, mais tarde e, principalmente no artigo de 1960, ele atribui algumas gradações ao falso *self*, variando desde o falso *self* social (e, portanto, da ordem da normalidade), passando pelo falso *self* construído sobre identificações, até chegar ao falso *self* patológico, no qual o *self* verdadeiro nunca é encontrado. Nestes casos, o indivíduo poderia viver uma vida inteiramente na base do falso *self*, não fosse o fato de que esse falso *self* por vezes falha, deixando a pessoa com uma sensação de que vive uma vida fútil, irreal, impostora. É essa sensação que vai aos poucos tomando mais espaço na vida psíquica do indivíduo, e que acaba, eventualmente, levando-o à análise. Não obstante, devido à ordem patológica do falso *self* (que não pode permitir aparecer o verdadeiro *self*), existe uma tendência muito nítida do paciente a se submeter à análise e ao analista, de maneira a não comprometer sua estabilidade, garantida pelo falso *self*. Ao não atentar para esse fato, o analista pode incorrer em dois erros fundamentais. O primeiro diz respeito ao conluio entre analista e analisando, gerando uma procrastinação do trabalho analítico. O segundo se refere a intervenções do analista que podem assustar o paciente, comprometendo sua homeostase provida pelo falso *self*. Essas intervenções, muitas vezes provocadas por interpretações fora de contexto ou do tempo adequado, são percebidas pelo analisando como ameaçadoras ou como totalmente descabidas de nexos. Em todos esses casos, o resultado é o fracasso do processo analítico.

Outro analista e autor contemporâneo de Winnicott, Michael Balint, já referido anteriormente¹⁷, desenvolveu grande parte de seu trabalho com pacientes com

¹⁷ Vide 3.1.4.

perturbações emocionais importantes. Para ele, esses pacientes podem ser mais bem compreendidos se se deixar de lado a etiologia do conflito e do recalque, aceitando o fato de que neles existe um vazio ou uma *falta* que deveria ter sido provida em tempos primórdios. A esta falta, Balint denominou de “falha básica”, cujas características já foram também anteriormente citadas¹⁸. Além de se situar num âmbito pré-verbal ou pré-edípico, constituído pelas relações diádicas entre a mãe e o bebê, Balint atenta para o fato de que a linguagem não é, nestes casos, o veículo de comunicação entre o sujeito e o objeto. Influenciado por Ferenczi, de quem foi analisando, Balint dizia que as palavras são utilizadas de forma vaga e imprecisa e que o tom de voz pode ser muito mais valioso do que aquilo que efetivamente é dito.

Além das áreas da falha básica e edípica existe para Balint uma terceira área mental, que ele denominou de “área da criação”. Se nas duas primeiras as principais características são as relações diádicas e triádicas, respectivamente, a área da criação se distingue pela ausência de objeto externo. Apesar disso, ele reconhece que o sujeito nunca está totalmente sozinho e propõe o termo “pré-objeto” para indicar os “algos” presentes. Ele se refere a Bion que, ao encontrar a mesma dificuldade, resolveu chamar os elementos de *alfa* e *beta*, e a função de *alfa*. O mais importante, contudo, a respeito dessa área da criação tem a ver com a clínica e com a interpretação geralmente atribuída pelos analistas ao silêncio do paciente:

O que temos em mente é o paciente silencioso, um problema enigmático para a nossa técnica. A atitude analítica habitual é considerar o silêncio meramente um sintoma de resistência a alguns materiais inconscientes, originados no passado do paciente ou de uma situação transferencial atual. Podemos acrescentar que tal interpretação quase sempre está correta; o paciente está *fugindo* de alguma coisa, geralmente de um conflito, mas também poderá ser que ele esteja *correndo para* alguma coisa, isto é, está num estado no qual se sente relativamente seguro, podendo fazer algo a respeito do problema que o está atormentando ou preocupando. O algo, que eventualmente irá produzir e depois apresentar, é uma espécie de “criação” – nem sempre honesta, sincera, profunda ou artística – mas não menos um produto de sua criatividade (Balint, 1993, p. 23).¹⁹

O paciente que está na área da falha básica ou na área da criação está também apresentando uma regressão a modalidades de relação pré-verbal. Balint distingue entre a regressão que faculta ao indivíduo “resolver sua falha” e uma outra que resulta num processo de demandas de gratificações ao analista. O primeiro tipo de regressão, classificado por Balint de “benigna”, abre caminho para um *novo começo* que permite ao paciente construir, dentro de si, algo para “fechar” sua falha básica. Para Balint, esse

¹⁸ Vide página 60.

¹⁹ É importante observar como existem pontos em comum entre as idéias de Balint sobre a área da criação e os trabalhos de Winnicott que lidam com a questão do espaço transicional.

novo começo, que se dá na transferência, determina mudanças de caráter e significa que o paciente conseguiu remontar a um ponto anterior ao do processo defeituoso que desenvolveu a falha básica, podendo encontrar novos caminhos, mais adequados a uma vida saudável e com uma diminuição considerável da angústia (Ibid., p. 122).

Em contrapartida a esse tipo de regressão que irá depender de uma série de fatores, inclusive da postura do analista, Balint descreve um outro tipo que “congela” a relação entre analista e paciente de tal forma que este último passa a demandar gratificações e satisfações de suas necessidades. Em outras palavras, o analista é sentido como poderoso e importante, mas valendo, quase que exclusivamente, como veículo de gratificação. Se essa gratificação não for outorgada pelo analista, o paciente não sentirá raiva, mas uma intensa sensação de vazio e de frustração. Essa regressão foi classificada por Balint como sendo do tipo “maligna” (Ibid., pp. 128-137). Evidentemente, esse tipo de regressão indica que a análise entrou pelo caminho do fracasso. Esta descrição é parecida, em alguns aspectos, com a que Winnicott (1960) faz do falso *self*, e a de que Melzer (1975) faz com alguns tipos de pacientes autistas, referindo-se a um tipo particular de identificação, que ele designa como *identificação adesiva*.

A dificuldade está, justamente, em identificar o aparecimento de uma ou de outra regressão: a do tipo benigno ou a do tipo maligno. Evidentemente, o analista terá que correr riscos. Se for um analista da técnica clássica, com a preservação do *setting* e a defesa da abstinência na sessão, ele provavelmente irá oferecer poucas possibilidades para o tipo de regressão maligna. O problema é que também, pouco provavelmente, a regressão benigna se apresentará, uma vez que essa também necessita da cooperação do analista, através da satisfação de algumas demandas do paciente. “Não há dúvida de que alguma coisa precisa ser satisfeita, mas é muito difícil identificá-la como derivada de um determinado componente pulsional²⁰” (Ibid., p. 125). Portanto, para Balint, sem a regressão benigna não há o *novo começo* e com a regressão maligna a análise tende a fracassar.

Torna-se importante salientar que, embora com muitos pontos em comum no que diz respeito a seus fundamentos teóricos, Balint não comunga das mesmas idéias de Winnicott quanto à prática clínica. Winnicott fez da regressão a base de seu modelo

²⁰ Para Balint, a regressão, “(...) pode ter pelo menos duas finalidades: gratificação de uma pulsão e reconhecimento por um objeto; em outras palavras, é um fenômeno intrapsíquico e um fenômeno interpessoal. (...) Para a terapia analítica dos estados regressivos, os mais importantes são seus aspectos interpessoais” (Balint, 1993, p. 147). Para Balint, Freud se ocupou basicamente com os aspectos intrapsíquicos, não tendo dado ênfase aos interpessoais.

terapêutico, conduzindo suas sessões de maneira a se converter no objeto primário do paciente, procurando restaurar os defeitos que este causou, nos primórdios da vida. A opinião de Balint é que é duvidoso que o analista possa agir como um objeto primário, o que permitiria ao paciente repetir suas experiências pré-traumáticas. É muito difícil manter esta atmosfera por tempo suficiente para que o paciente descubra novos caminhos que evitem a repetição do trauma original e levem à cura da falha básica (Ibid., p. 136).

Balint recomenda que o analista deve tolerar a regressão do paciente, procurando compreender as necessidades deste com relação a ele (analista).

Essa compreensão não precisa – e em certos momentos definitivamente não deve – ser transferida a um paciente regressivo pelas interpretações, mas sim pela criação da atmosfera que precisa. Isso inclui tolerar e respeitar a atuação analítica do paciente e, em particular, não exigir que ele mude, sem qualquer demora, seus meios não-verbais de expressão para a forma edípica verbal. (...) De fato, o analista deve aceitar sinceramente todas as queixas, recriminações e ressentimentos como reais e válidos, dando bastante tempo ao seu paciente para mudar seu violento ressentimento em remorso. Esse processo não deve ser apressado por interpretações, mesmo corretas, pois elas podem ser consideradas como uma interferência indevida, como uma tentativa de desvalorizar a justificativa de sua queixa e, assim, em vez de acelerar, retardarão os processos terapêuticos (Ibid., pp. 167-168).

Para Balint, esse remorso se exprime em uma espécie de tristeza ou luto com relação ao defeito e perda originais, que estão por trás da origem da falha ou cicatriz em sua estrutura mental. Esse luto é bem diferente do causado pela perda de uma pessoa amada ou pela destruição de um objeto interno, característico da melancolia.

(...) A tristeza ou luto que temos em mente é a respeito do fato inalterável de um defeito ou falha em si mesma que, de fato, lançou sua sombra em toda a sua vida, cujos desafortunados efeitos nunca poderão ser corrigidos completamente. Embora essa falha possa cicatrizar, sua cicatriz permanecerá para sempre; isto é, alguns de seus efeitos sempre serão demonstráveis (Ibid.).

Embora divergentes até certo ponto em algumas questões clínicas, é possível notar a proximidade entre as teorias de Winnicott e Balint naquilo que se optou por denominar como continuidade de ser. Aqui se pode também introduzir um outro autor, não tão próximo aos dois anteriores, mas nem por isso devendo ser enquadrado em categoria diferente. Trata-se de W. R. D. Fairbairn. Tanto Winnicott como Balint e Fairbairn tomaram como ponto de partida as idéias kleinianas acerca das relações objetais precoces, mas, de formas diferentes em cada um, não aceitaram, como Klein, a teoria pulsional de Freud. Questionaram fundamentalmente o conceito de pulsão de morte e procuraram encontrar outra explicação para as pulsões agressivas que podiam observar em seus pacientes. Para eles, se essa agressividade não pode ser creditada a um

dom inato, o meio ambiente é que deve ser responsabilizado pela maior parte daquilo que Fairbairn denominou de “estrutura endopsíquica”. Para os três autores, a agressão é resultado de uma frustração do meio ambiente. A mãe real desempenha um papel de extrema importância na estruturação da psique de seu bebê. O sujeito é, de certa maneira, resultado das gratificações e frustrações em seu convívio real com o meio ambiente, em sua mais tenra infância.

Nesse sentido, Fairbairn argumentou que as pressuposições básicas sobre as quais se apóia toda a teoria pulsional de Freud estão erradas. Para ele, era necessário uma “reformulação e reorientação da teoria da libido junto com a modificação de vários conceitos psicanalíticos clássicos” (Fairbairn, 1941, p. 28). Ainda em seu artigo de 1941, e mais tarde, em 1944, Fairbairn subverteu a teoria pulsional freudiana. Um de seus principais postulados era que “(...) a libido procura, primariamente, o objeto (em vez do prazer, como a teoria clássica postula) e a origem de todas as condições psicopatológicas deve ser procurada nas perturbações das relações de objeto do ego em desenvolvimento” (Id., 1944, p. 82).

Se o psiquismo se constitui a partir das relações objetais com o meio ambiente, a libido (ou a pulsão) deixa de ser o motor e eixo da formação da estrutura, passando a um plano secundário, um veículo de relação entre o indivíduo e os objetos. A libido, portanto, busca objetos e não o prazer ou a descarga, como havia proposto Freud. Com isso, Fairbairn altera completamente a clássica teoria da motivação humana. Para ele também não faz sentido falar-se em narcisismo primário, pois nesse estado não há objeto externo, apenas descarga libidinal no próprio ego. Já o narcisismo secundário é um conceito que encontra respaldo na teoria de Fairbairn, uma vez que, para ele, “uma parte da estrutura do ego pode tratar a outra parte como um objeto – uma possibilidade que não deve ser ignorada à luz do que se segue com relação à cisão do ego” (Ibid., p. 83).

Um segundo princípio, que está intimamente ligado ao descrito acima, é o de que energia e estrutura são inseparáveis. Ele discorda da forma como Freud montou sua estrutura – um id energizado, mas sem estrutura e um ego com mecanismos para usar a energia do id, mas sem energia própria – dizendo que esta separação de energia e estrutura deriva de uma visão do mundo físico do século XIX, separando estrutura de função, massa de energia. A física do século XX demonstrou que massa e energia são a mesma coisa e, portanto, para ele, a teoria motivacional de Freud tornou-se anacrônica (Ibid., pp. 126-127).

Dessa forma, o ser humano, desde o nascimento, teria um ego em formação do qual fazem parte as pulsões, formando uma estrutura primitiva e um todo indivisível. Partindo desse ponto inicial entram as relações objetais, que dão forma final à estrutura endopsíquica. Esse ponto de vista tem grandes implicações, também, na teoria da agressão. Como foi apontado anteriormente, para Fairbairn, longe de expressar a pulsão de morte, a agressão é a resposta do sujeito à frustração que o objeto o submeteu. Este aspecto particular marca um afastamento importante da teoria de Fairbairn dos postulados kleinianos.

A estrutura endopsíquica de Fairbairn é concebida como um mundo habitado por objetos internos e não como um aparelho constituído por instâncias. Existem três classes de estruturas, cada qual com um tipo específico de pulsão. Uma destas estruturas é constituída pelo ego atacante e o objeto atacante, dotados de energia agressiva; a segunda é a do ego atacado e o objeto atacado, dotados de energia libidinal e, por último, um ego central constituído de um ego observador e objeto observador. Fairbairn concebe, desta forma, o mundo psíquico como sendo clivado, no qual não existe um, mas vários egos, providos de diferentes tipos de pulsões. Isto coloca todos os indivíduos muito próximos da posição esquizóide, na qual o mecanismo predominante é a cisão do ego, concepção que possui grande importância psicopatológica (Bleichmar & Bleichmar, 1992, p. 199). L. C. Figueiredo comenta:

A poucas obras psicanalíticas caberia melhor o nome de “psicopatologia fundamental”, pois, para Fairbairn, a esfera das estruturas mentais é essencialmente de natureza psicopatológica. O psiquismo se constitui na dor e é o verdadeiro depositário e gestor, mais ou menos bem estruturado e funcional, de experiências dolorosas. Em Fairbairn, psicopatologia e metapsicologia se sobrepõem, pois o aparelho mental está em sua origem e em sua dinâmica e estrutura marcado pela experiência do sofrimento, e é em sua essência uma forma de adoecimento. Os diversos quadros psicopatológicos correspondem às diferentes estratégias ou caminhos do adoecimento psíquico a partir de um tronco comum que é, em si mesmo, o de um adoecimento primordial em que as estruturas endopsíquicas se constituem (Figueiredo, 2003, pp. 45-46).

Figueiredo acrescenta que Fairbairn é utilizado, por muitos autores, num sentido de dar respaldo a desafios teóricos e clínicos dos casos *borderline* ou até mesmo de situações graves de esquizoidia. Para ele, “uma resposta fairbairniana a esse uso restritivo seria a de dizer que *toda subjetivação comporta uma certa esquizoidia*, seja como quadro sintomático em certas situações-limite pelas quais todos passamos, seja ainda como estrutura de caráter singular após uma sucessão de desastres existenciais profundos” (Ibid., p. 46).

A dinâmica esquizóide está centralizada numa cisão do ego em si, no fato que existem vários egos e, portanto, há uma cisão permanente e universal entre esses egos, resultando na “situação endopsíquica básica”. Já a dinâmica depressiva está centralizada na ambivalência e na culpa. Para Fairbairn, a dinâmica esquizóide é caracterizada pelo *sense of futility* (senso de futilidade ou inutilidade), e, como “o indivíduo esquizóide muito comumente descreve a si próprio como deprimido, faz com que o termo familiar *depressão* seja aplicado freqüentemente na prática clínica a pacientes que deveriam ser descritos como sofrendo de um senso de inutilidade” (Fairbairn, 1944, p. 91).

Uma outra teoria psicopatológica de Fairbairn que tem implicações na técnica e prática clínicas diz respeito àquilo que Freud denominou de “compulsão à repetição”. Para ele, Freud com sua teoria de princípio de prazer teve um sem-número de dificuldades para explicar esse traço do sofrimento. Desde o caráter neurótico, que escolhe repetidamente objetos de amor destinados ao fracasso e ao sofrimento, ao depressivo, que parece sofrer das privações do primeiro amor materno continuamente, ou ao esquizofrênico, cujos terrores primitivos da infância são repetidos continuamente em sua vida adulta, todos esses casos pareciam desafiar alguns postulados básicos de Freud. A “compulsão à repetição” foi, finalmente, em 1922, explicada por Freud, como operando “além do princípio do prazer”, passando a fazer parte de uma característica instintiva, denominada por ele de pulsão de morte (Freud, 1922, p. 82).

Para Fairbairn, sua teoria oferecia uma explicação muito mais econômica para esse traço característico da psicopatologia. A luta do bebê não é por prazer, mas por contato. Ele precisa do outro e se este estiver disponível para contato, a criança encontrará o prazer. Se o outro (por exemplo, um dos pais) não estiver disponível, ou oferece somente contatos dolorosos, a criança não o abandona para procurar por oportunidades mais prazerosas. Ela necessita da mãe e do pai e prefere integrar suas relações com eles, mesmo que numa base sofrida e masoquista. Fairbairn menciona que a criança tenta proteger o que é bom e gratificante e controlar o que não é, nas relações com seus pais, estabelecendo *relações objetais internas compensatórias*. Ele fala da “ligação obstinada” (Fairbairn, 1944, p. 117) do ego libidinal com o objeto excitante e sua relutância em renunciar a este objeto, que faz a criança conservar sua esperança de um contato mais satisfatório. Quanto mais vazio o contato real, maior pode ser a devoção da criança para com os traços promissores que ela internalizou e passa a buscar dentro de si. Um outro fator que reforça sua teoria é a de que a criança mantém um

terror infantil de que se ela se livrar desses objetos internos, ficará irremediavelmente só.

A relações objetais internas e sua projeção no mundo externo é que são responsáveis pelo sofrimento patológico na experiência humana. Os objetos de amor são buscados no sentido de personificar o objeto excitante porém nunca satisfatório tornando-se, dessa forma, sonegadores ou privadores. A necessidade do ego libidinal é satisfazer o objeto excitante requerendo, portanto, uma série de derrotas para perpetuar o estado de excitação. A identificação do ego com os “maus” objetos parentais faz com que esses sejam internalizados (introjetados) causando um sentimento de inutilidade, medo e frustração. A patologia persiste através de configurações doentias e destrutivas que, não obstante, tentam integrar as relações com os outros. As relações fracassadas e a experiência de derrotas mostram apenas que existem, no indivíduo, ligações internas e lealdades antigas para com outros significados. O sofrimento, a dor e a derrota são continuamente recriados como forma de renovação e devoção a esses laços antigos e inconscientes. Esses laços são tão fortes e intensos que impedem o sujeito de procurar novas relações que possam colocá-los em risco, impedindo assim uma mudança construtiva e resultando numa resistência central, seguramente a mais intransigente na clínica psicanalítica.

A questão da esquizoidia também mereceu de Winnicott alguns comentários. Em artigo de 1962, “A integração do ego no desenvolvimento da criança”, ele diz que as conseqüências de um apoio defeituoso do ego por parte da mãe podem ser tremendamente devastadoras. Entre estas ele realça a esquizofrenia infantil ou o autismo, a esquizofrenia latente, o falso *self*, e a personalidade esquizóide. Sobre esta última, ele escreve:

Comumente se desenvolve um distúrbio da personalidade que depende do fato de um elemento esquizóide estar oculto em uma personalidade que é normal em outros aspectos. Elementos esquizóides sérios se tornam socializados desde que possam ser ocultos em um padrão de distúrbio esquizóide que seja aceito pela cultura a que pertença a pessoa (Winnicott, 1962, p. 58).

Não obstante, o conceito de elemento esquizóide em Winnicott é diferente do de Fairbairn, pelo menos com relação à etiologia dessa patologia, uma vez que, para Winnicott não existe o conceito de objeto interno no início da vida psíquica.

Meu objetivo (...) é de ir às versões mais precoces daquilo a que Melanie Klein se referiu como “interno”. De início o mundo interno não pode ser usado no sentido de Klein, uma vez que o lactente ainda não estabeleceu propriamente os limites do ego e ainda não se tornou mestre nos mecanismos mentais de projeção e introjeção. Nesse estágio precoce, “interno” só significa pessoal, e pessoal na medida em que o indivíduo

é uma pessoa com um *self* no processo de ser desenvolvido. O ambiente facilitador, ou o apoio do ego da mãe ao ego imaturo do lactente, estas são as partes essenciais da criança como uma criatura viável (Id., 1963b, pp. 168-169).

Para o autor americano Thomas Ogden, o trabalho de Winnicott se diferencia do de Klein e de Fairbairn, em primeiro lugar, pelo fato de que a unidade de desenvolvimento psicológico não é o lactente, mas uma entidade intersubjetiva, a unidade mãe-bebê. Em segundo lugar, porque Winnicott substitui a concepção kleiniana e fairbairiana das cisões do ego e objeto (seguidas da elaboração de um mundo de objetos internos) por uma concepção de um tipo diferente de cisão da personalidade. “Para Winnicott, a cisão da personalidade envolve a alienação de uma experiência rudimentar do *self* (o Verdadeiro *Self*) e de um aspecto do *self* que é submisso e voltado para o exterior (o Falso *Self*). Este último aspecto do *self* é o equivalente winnicottiano do aspecto esquizóide da personalidade” (Ogden, 1992, p. 88).

É possível aproximar teorias de diferentes autores, com o evidente perigo de se misturar conceitos, etiologias e conseqüências clínicas. Dependendo da ótica utilizada, os fenômenos esquizóides de Fairbairn nada mais são do que patologias de categoria narcísica, como algumas descritas por Kohut. A diferença estaria no fato que o narcisismo é visto pelo ângulo da pulsão, enquanto a esquizoidia tem correlação na esfera das relações objetais. Da mesma forma, é possível aproximar a esquizoidia fairbairiana do falso *self* de Winnicott ou da personalidade *como-se* de Deutsch. Embora, em muitas ocasiões, os fenômenos patológicos possam-se assemelhar, dependendo de como o embasamento teórico é construído tem-se uma conseqüência clínica que pode ser bastante distinta para patologias semelhantes, mas vistas por prismas etiológicos diferentes. Daí o perigo de igualar precipitadamente esses distúrbios. Não obstante, ao separar dentro da mesma categoria autores como Winnicott, Balint e Fairbairn, a preocupação foi a de determinar uma base comum aos três. Essa base, definida como *continuidade de ser* resulta na aproximação desses autores (preservadas suas diferenças) de uma metapsicologia da indiferenciação mãe-bebê, que vai contrastar com uma outra metapsicologia, que diferencia o sujeito do objeto desde os primórdios da vida, e que vai privilegiar em maior grau, a pulsão, a agressividade pulsional e as patologias narcísicas e que serão vistas a seguir.

3.2.2 Agressividade e narcisismo

Ao elaborar sua metapsicologia, Freud definiu-a pela síntese de três pontos de vista: dinâmico, tópico e econômico, entendendo por este último a consideração dos investimentos pulsionais na mobilidade, na intensidade e na oposição que se estabelece ao próprio investimento (noção de contra-investimento).

O objetivo fundamental da atividade mental, que pode ser descrito qualitativamente como um esforço para obter prazer e evitar desprazer quando examinado do ponto de vista econômico, surge como tarefa que consiste em dominar as quantidades de excitação (massa de estímulos) que atuam no aparelho mental e em conter sua acumulação, capaz de gerar desprazer (Freud, 1916, p. 437).

Várias foram as controvérsias que este ponto de vista gerou. As primeiras dissidências vieram com Jung e Adler, depois Fairbairn e sua heterodoxia, seguida pela psicologia do ego de Hartmann, a psicologia do *self* de Kohut e assim por diante. O fato é que, de uma forma geral, a atitude de um teórico da psicanálise quanto à questão das pulsões determina o seu lugar no quadro psicanalítico. Para Freud, as pulsões são inerentemente não-sociais e, para atingir o estágio social, o ser humano precisa primeiramente domesticar essas pulsões. Em outras palavras, o princípio de realidade é que vem trazer essa qualidade àquilo que, nos primórdios da vida, é comandado única e exclusivamente pelo princípio de prazer. Desde Melanie Klein, do objeto como um componente inerente à pulsão (Klein, 1959, p. 282), vários outros autores se colocaram numa posição de defender a hipótese de que o homem, no final das contas, é um ser social desde seus primeiros momentos. Alguns desses mantiveram a premissa pulsional e aprimoraram ou revisaram alguns conceitos kleinianos, como é o caso de Bion que, entre outras contribuições, deu uma nova dimensão ao conceito de identificação projetiva. Estes últimos autores são também chamados de “pós-kleinianos” ou de “neo-kleinianos”, e incluem, além de Bion, também Bick, Meltzer, Racker, Rosenfeld, Segal, entre vários outros.

Alguns autores, mesmo não sendo considerados “pós” ou “neo” kleinianos, foram fortemente influenciados por suas teorias e fizeram contribuições significativas à psicanálise como um todo, e ao estudo dos estados-limite, em particular. Dentre estes destaca-se, indubitavelmente, Otto Kernberg, que teve em Melanie Klein, Margareth Mahler e Edith Jacobson suas grandes fontes de inspiração. Já se falou de Kernberg

anteriormente neste trabalho²¹. Procurar-se-á, neste capítulo, dar ênfase às contribuições de Kernberg ao estudo dos estados-limite, principalmente focalizando seus aspectos do ponto de vista patológico.

Kernberg parte da metapsicologia clássica freudiana e adiciona a esta uma extensão da integração da fenomenologia das relações interpessoais de Jacobson, além das teorias desenvolvimentais de Mahler. Ele apresenta seu trabalho como uma “teoria de relações objetais”, circunscrevendo, entretanto, de forma cuidadosa, o significado do termo. Para ele, o exame da teoria das relações de objeto deve levar em conta “os debates mais amplos da metapsicologia psicanalítica e focar particularmente nas regiões de ‘fronteira’ ou de ‘interface’ relacionando as estruturas intrapsíquicas às estruturas biológicas e, especialmente, neurofisiológicas, por um lado, e ao campo interpessoal e psicossocial, por outro” (Kernberg, 1976, p. 55). Para ele, contrariamente a Fairbairn, por exemplo, a teoria das relações objetais não constitui uma alternativa à metapsicologia freudiana, mas sim um complemento a esta. Ele enumera três definições para esta teoria, sugerindo a seguinte:

A teoria das relações de objeto pode também se referir a uma abordagem mais restrita dentro da metapsicologia psicanalítica, enfatizando o crescimento de representações intrapsíquicas diádicas ou bipolares (imagens de *self* e de objeto) como reflexos do relacionamento original bebê-mãe e seu desenvolvimento posterior em relacionamentos interpessoais internos e externos, diádicos, triádicos e múltiplos. Esta (...) definição mais restrita da teoria das relações de objeto enfatiza o crescimento simultâneo do *self* (uma estrutura composta, derivada da integração de múltiplas auto-imagens) e de representações de objeto (ou “objetos internos”, derivados da integração de múltiplas imagens-objeto em representações mais abrangentes dos outros). A terminologia para estes componentes “*self*” e “objeto” varia de autor para autor, mas o que é importante é a natureza essencialmente diádica ou bipolar da internalização dentro da qual cada unidade de imagem do *self* e do objeto é estabelecida num contexto afetivo particular (Ibid., p. 57).

As teorias de Kernberg foram desenvolvidas através de uma base de dados clínicos obtidos do tratamento de pacientes gravemente perturbados, incluindo aí patologias narcísicas e *borderline*. Da mesma forma que Kohut, ele deriva muitas de suas inferências com base nas reações transferenciais caracteristicamente manifestadas por esses pacientes. Essas reações transferenciais são geralmente precoces, caóticas e intensamente sentidas, e o analista passa rapidamente pelas polaridades bom-mau, forte-fraco, amoroso-detestável, e assim por diante. A cada uma dessas atitudes corresponde uma imagem do paciente de seu próprio *self*, igualmente flutuante e efêmera. Opostamente aos pacientes neuróticos, cuja transferência é construída ao longo do

²¹ Vide 2.2.3 e 2.3.

tempo, requerendo um trabalho prolongado para atingir um grau intenso, com as pessoas mais perturbadas ela pode aparecer nas primeiras semanas – ou até dias – de tratamento.

Kernberg examinou os distúrbios de personalidade *borderline* por três ângulos: o descritivo, o estrutural e o genético-dinâmico. Do ponto de vista estrutural, ele propõe que estas patologias utilizam, predominantemente, mecanismos de defesa primitivos, em especial a cisão, a identificação projetiva, a idealização primitiva e a negação. Na verdade, os três últimos atributos são, até certo ponto, subsidiários da cisão.

Kernberg percebeu que os indivíduos *borderline* apresentavam uma rápida alternância nas suas relações de transferência, ao que ele denominou de “impulsividade seletiva” (Ibid., p. 19), o que reflete uma cisão do ego: “Os pacientes estavam cientes da contradição severa em seu comportamento, não obstante, eles se alternavam entre esforços antagônicos, negando tranqüilamente as implicações desta contradição e mostrando o que parecia ser uma impressionante falta de preocupação diante desta ‘compartimentalização’ de suas mentes” (Ibid., p. 20).

Em seu artigo de 1938, “A divisão do ego no processo de defesa”, Freud menciona o caso de um menino que resolveu seu conflito através da atuação alternada de reações opostas, representando, por um lado, seu conhecimento e consideração com relação à realidade e, de outro lado, sua recusa em aceitar essa realidade. Freud comentou que seu “sucesso” foi alcançado às custas de uma ruptura no ego que não se curava, só aumentava (Freud, 1938, p. 311). Kernberg se inspirou nesse artigo, assim como em Fairbairn – em sua análise da cisão como principal característica e operação defensiva vital em personalidades esquizóides – para desenvolver seus conceitos sobre a cisão do ego nos transtornos *borderline*. Ele, no entanto, se aproxima mais de Melanie Klein ao relacionar à cisão outras defesas precoces, como a idealização e desvalorização primitivas, projeção e, sobretudo, identificação projetiva. Cada uma dessas características mostra claramente a efemeridade das representações de *self* e de objeto e a aparição de configurações precoces das relações *self*-objeto. Para Kernberg, “as manifestações caóticas de transferência que os pacientes *borderline* tipicamente apresentam, podem ser entendidas como sendo a ativação oscilatória desses estados de ego, representando relações de objeto internalizadas e ‘não-metabolizadas’” (Kernberg, 1976, p.21). Nos pacientes *borderline*, a transferência mostra como os relacionamentos precoces nunca foram devidamente “metabolizados”, ou seja, não se transformaram em estruturas que refletem sua influência. Esses relacionamentos nunca puderam ser

assimilados em um sistema psíquico que os pudesse digerir natural e suavemente. Dessa forma, para Kernberg, os pacientes *borderline* estão fixados patologicamente num primeiro estágio da formação da estrutura psíquica. O ego inicial, por ser demasiadamente fraco, não conseguiu fazer a integração de algumas experiências precoces, mantendo separadas boas e más experiências.

Em algumas ocasiões, em sua clínica, Kernberg mencionava a alguns pacientes esses estados contraditórios e paradoxais de seu comportamento. Ele pôde notar que esta observação aumentava significativamente a ansiedade dos pacientes. Tal ansiedade sugere a presença de um conflito intenso, que vai além da incapacidade do ego de conter alguns tipos diferentes de experiência. A conclusão de Kernberg foi a de que a fraqueza do ego era também utilizada com fins defensivos, que ele denominou de “cisão defensiva”, normal nas crianças, mas que pode ser fixada patologicamente também na vida adulta.

As experiências infantis que deveriam ser metabolizadas em estruturas psíquicas mas que, ao contrário, são originariamente desintegradas e, posteriormente, defensivamente cindidas, são configurações relacionais, que refletem de forma específica a interação do bebê com seu “objeto humano”, a mãe. Essas configurações consistem de três componentes básicos: imagens-objeto ou representações-objeto, imagens do *self* ou representações do *self* e derivativos pulsionais ou disposições para estados afetivos específicos (Ibid., pp. 25-26). Juntos, eles compõem o que Kernberg denominou de “sistemas de internalização”.

Os sistemas de internalização, de acordo com Kernberg, podem ser de três tipos, cada qual representando uma situação normal no estágio do desenvolvimento psíquico. Kernberg emprega termos para rotular esses tipos de sistemas extraídos de formulações anteriores de outros autores; não obstante, ele redefine esses termos de forma bastante diversa daqueles.

O primeiro sistema (e mais primitivo), ele chama de “introjeção”. O segundo, de “identificação”, como uma forma mais elevada de introjeção e o terceiro de “identidade do ego”, aquele que representa a internalização das imagens mais organizadas de *self* e objeto.

Nestes sistemas Kernberg valoriza as pulsões, criticando inclusive Fairbairn por tê-las negligenciado e confere à agressividade um valor especial: “o termo agressão (...) está restrito aos derivados pulsionais instintivos diretos, como tipicamente relacionados

às primeiras reações de raiva primitivas; refere-se à agressão em oposição à libido” (Ibid., p. 30).

No processo de desenvolvimento normal, as forças que agem sobre o ego vão dificultando cada vez mais as operações de cisão. Inspirado em Klein, Kernberg teoriza que esse processo conduz a uma combinação de imagens do *self* e de objeto de valência oposta em representações do *self* bom e mau e de objeto bom e mau. Isso gera a ambivalência e também afetos mais maduros dirigidos ao objeto como, por exemplo, a preocupação com este. Juntamente com este processo, desenvolvem-se também as representações do *self* ideal e do objeto ideal, de tal forma que as relações interpessoais envolvem quatro componentes: *self* e objeto passam a possuir um real e um ideal, abrindo caminho, eventualmente, para o estabelecimento do ideal do ego.

Conforme mencionado no início deste item, além da análise descritiva e estrutural, Kernberg também fez o que ele denominou de uma análise genético-dinâmica dos pacientes *borderline*. Esta análise, na realidade, é “o exame do conteúdo pulsional típico dos conflitos nas relações de objeto internalizadas em pacientes com organização da personalidade *borderline*” (Id., 1985, p.40). Inspirado, mais uma vez em Klein, Kernberg dá destaque à agressão pré-genital (principalmente de caráter oral), colocando ênfase nas relações de objeto internalizadas, pois mais do que um sintoma, elas se constituem na própria explicação etiológica do sintoma *borderline*. Para Kernberg, assim como para Klein, a mente humana se estrutura a partir da internalização dos objetos na vida do lactente. Junto à *imago* do objeto, é introjetado o estado afetivo associado ao vínculo. Uma vez que no início da vida, as pulsões agressivas e libidinais são dissociadas, os objetos externos são também percebidos de acordo com o tipo de afeto naquele momento, ou seja, são sempre objetos parciais. A cada internalização desse tipo corresponde um “estado egóico” cabendo, portanto, na mente do bebê, diversos estados egóicos dissociados. Evidentemente, ao longo do desenvolvimento, esses diferentes estados egóicos vão alcançando um certo grau de integração, até que haja uma estabilização e que os objetos possam ser vistos como únicos e integrados. Esse parece ser justamente o problema com os pacientes *borderline*: a dissociação primitiva parece estar ainda viva em suas mentes que ficam organizadas de maneira arcaica.

Um achado freqüente em pacientes com organização de personalidade *borderline* é a história de frustrações extremas e agressão intensa (secundária ou primária) durante os primeiros anos de vida. A agressão excessiva pré-genital, sobretudo a oral, tende a ser projetada, causando uma distorção paranóide das imagens parentais precoces,

especialmente da mãe. Através da projeção de pulsões predominantemente sádico-orais, mas também sádico-anais, a mãe é vista como potencialmente perigosa e o ódio pela mãe se estende ao ódio por ambos os pais, os quais, mais tarde, são vistos como um “grupo unido” (...) tendendo a produzir, em ambos os sexos, uma perigosa imagem combinada pai-mãe, resultando que todas as relações sexuais são, mais tarde, vistas como perigosas e infiltradas de forma agressiva (Ibid., p. 41).

Ao mesmo tempo em que ocorre esse processo e num heróico esforço de escapar do ódio e do temor orais, também ocorre um desenvolvimento prematuro de um esforço genital, ou, em outras palavras, um desenvolvimento prematuro de um esforço edípico²². Esse esforço, muitas vezes é abortado, em função da intensidade da própria agressão pré-genital, dando origem a um número de desenvolvimentos patológicos. As representações intrapsíquicas dos pais estão carregadas de ambivalência e, justamente por isso, devem continuar de forma dissociada, diferentemente das representações investidas positivamente (libidinalmente). Essa é a origem dos mecanismos de cisão, tão freqüentemente empregados pelos pacientes *borderline*.

Kernberg se ocupou também dos transtornos de caráter (também chamados de caracteropatias) e propôs para estes uma classificação baseada na teoria das relações de objeto. Essa classificação distingue três tipos de características estruturais de organização da patologia do caráter:

Patologia de caráter de nível superior – nesse nível predominam as relações estáveis. Não obstante, o superego, embora bem integrado, é severo e punitivo. Os precursores do superego são determinados por impulsos sádicos, trazendo consigo um superego cruel e perfeccionista. Já o ego é integrado e possui um *self* estável, assim como uma boa representação de objeto. Em função de seu superego punitivo, o paciente concentra um excessivo grau de operações defensivas no processo de recalçamento. As defesas de caráter são, de forma geral, do tipo inibitório ou de natureza fóbica, ou então se manifestam através de formações reativas. Embora o ego do paciente esteja um tanto constricto pelo uso excessivo de mecanismos de defesa neuróticos, sua adaptação social não é significativamente prejudicada. Ele é capaz de ter relações objetais razoavelmente estáveis e profundas e é capaz de sentir culpa, pesar e uma variada gama de respostas afetivas. Do ponto de vista pulsional, predominam as pulsões genitais, embora estas sejam vivenciadas em um nível infantil, infiltradas por conflitos edípicos muito

²² É importante frisar que a palavra “prematuro” está ligada à discordância de Kernberg quanto ao período do conflito edípico proposto por Klein. Ele não aceita a tese de Klein de que isso possa ocorrer no primeiro ano de vida e menciona que os pacientes *borderline* desenvolvem um conflito edípico *prematuro* a partir do segundo ou do terceiro ano de vida, em diante (Kernberg, 1985, p. 40).

intensos. Dentro deste grupo estariam incluídos os caracteres histéricos, os obsessivo-compulsivos e os depressivo-masoquistas.

Patologia de caráter de nível intermediário – no nível intermediário, o superego é ainda mais punitivo do que no nível superior, embora menos integrado. Ele é capaz de tolerar as demandas ambivalentes de um núcleo proibitivo e sádico, de um lado, e, de outro, as formas primitivas de ideal do ego, formas mágicas e altamente idealizadas. Estas últimas trazem uma demanda de grandeza, poder e beleza física e coexistem com demandas nucleares rígidas de perfeição moral. Esta menor integração do superego pode ser observada na menor capacidade do paciente de sentir culpa, assim como nas tendências paranóides, sistemas contraditórios de valores egóicos e fortes alterações no humor. Esta pobre integração do superego, que se reflete em demandas contraditórias e inconscientes ao ego, também explica o aparecimento de defesas patológicas de caráter, que combinam formações reativas (anti-pulsionais) com uma expressão parcial de impulsos pulsionais. Neste nível, o paciente possui menos defesas inibitórias de caráter, comparado ao nível superior: as formações reativas são mais proeminentes e seus traços caracterológicos estão infiltrados por impulsos pulsionais às vezes manifestos de forma dissociada em necessidades agressivas ou sexuais inaceitáveis e em uma “impulsividade estruturada” no que diz respeito a algumas áreas. A operação defensiva do ego mais utilizada ainda é o recalque, combinada com defesas tais como a intelectualização e a racionalização. Simultaneamente, pode apresentar tendências dissociativas, alguma cisão do ego em áreas limitadas, além de utilizar os mecanismos de projeção e negação. Conflitos pré-genitais, principalmente orais, costumam aparecer, embora o nível genital do desenvolvimento da libido tenha sido alcançado. Embora possam ser observadas manifestações predominantes de traços pré-genitais na clínica, tais traços refletem, na maioria das vezes, uma regressão de conflitos edípicos. Os componentes agressivos dos conflitos pré-genitais já se manifestam, embora em menor grau do que nas patologias de nível inferior. As relações objetais neste nível ainda são estáveis e possibilitam ao paciente ter relações duradouras apesar de suas ambivalências internas. Neste grupo de patologias, Kernberg inclui a maior parte das patologias orais de caráter, a personalidade sado-masoquista, algumas personalidades infantis de nível mais elevado, muitos tipos de personalidades narcisistas e certos desvios sexuais estruturados, que permitem vínculos relativamente estáveis.

Patologia de caráter de nível inferior – neste nível, a integração do superego é mínima e sua propensão para projetar o núcleo superegótico primitivo e sádico é

máxima. Sua capacidade de sentir preocupação e culpa está seriamente comprometida e sua base para autocrítica flutua constantemente. O indivíduo neste nível, de uma forma geral, exibe traços paranóides originados tanto da projeção do núcleo do superego, como do uso excessivo de formas primitivas de projeção, principalmente a identificação projetiva (Klein). A delimitação entre superego e ego é completamente obscura. A função sintética do ego é totalmente prejudicada, utilizando o paciente de dissociações ou cisões primitivas como operação defensiva central do ego, ao invés do recalçamento. O mecanismo de cisão pode ser observado na alternância de estados contraditórios do ego, junto com o uso de negação, identificação projetiva, idealização primitiva, desvalorização e onipotência. Suas defesas patológicas de caráter são predominantemente do tipo impulsivo e contraditório. Padrões repetitivos de comportamento são dissociados, uns dos outros, permitindo o aparecimento de derivativos pulsionais assim como de formações reativas a essas pulsões. A capacidade desse paciente de unir imagens contraditórias do *self* e de objeto (boas e más) é prejudicada, principalmente em função da predominância de agressividade pré-genital, tanto no ego como no superego. Essa agressividade é manifestada por derivativos pulsionais pré-genitais sádicos e perverso-polimorfos, que contaminam todas as relações objetais do paciente, sejam elas externas ou internas. Suas manifestações edípicas parecem muito condensadas, aparecendo mais o sadismo pré-genital e as necessidades masoquistas, podendo haver expressão direta de impulsos edípiacos, como as fantasias masturbatórias envolvendo os objetos parentais originais. Sua incapacidade de integrar imagens libidinais e agressivas do *self* e de objeto é marcada por suas relações de objeto, que são de natureza de gratificação das necessidades ou de ameaça. É incapaz de sentir empatia por objetos em sua totalidade, só sabendo se relacionar com “partes” do objeto, não conseguindo alcançar a constância de objeto. Da mesma forma, não possui um conceito de *self* integrado. Sua visão de si próprio é uma mistura caótica de imagens vergonhosas, ameaçadoras e de exaltação. Para Kernberg, essas características produzem a “síndrome de dispersão de identidade” (Erikson) e uma séria restrição ao “ego livre de conflitos” (Hartmann), impedindo a neutralização da energia pulsional. De uma forma geral, pode-se dizer que o paciente tem um “ego fraco”, não tolerando angústias, não controlando seus impulsos e mostrando uma incapacidade de desenvolvimento de canais sublimatórios evidenciada por fracassos crônicos no trabalho ou em áreas criativas. Muitas personalidades infantis e narcisistas se encaixam nesse nível patológico. Todos os pacientes com personalidade anti-social estão também aí

enquadrados. Os distúrbios de caráter caótico e impulsivo (Fenichel, Reich), os *as-if* (Deutsch), as “personalidades inadequadas” (Brody e Lindbergh), a maioria dos “automutiladores” (Kernberg) pertencem a este grupo. Pacientes com desvios sexuais múltiplos (ou a combinação de desvio sexual com drogadição ou alcoolismo) e com sérias patologias de relações de objeto (relacionadas às suas necessidades sexuais bizarras) estão também neste grupo, assim como as chamadas estruturas de personalidades pré-psicóticas, que são as personalidades hipomaníacas, esquizóides e paranóides (Ibid., pp. 143-146).

Kernberg desenvolve suas teorias utilizando-se da psicologia do ego de Hartmann, com influência da psicologia do *self* de Kohut e de outros autores já citados aqui. Suas concepções teóricas, juntamente com as de Jacobson e Mahler deram impulso às teorias das relações de objeto nos Estados Unidos. Seus maiores esforços foram nos temas das perturbações da personalidade, principalmente os quadros limítrofes. Seu livro *Borderline conditions and pathological narcissism* diz respeito aos relatos e diagnósticos dessas perturbações, o papel da transferência e contratransferência na clínica desses pacientes, além do tratamento clínico e dos prognósticos diferenciais para cada caso. Kernberg inicia seu livro dizendo que a psicopatologia *borderline* é vista na literatura sob diversas denominações: “estados *borderline*” (Knight), “estrutura de personalidade pré-esquizofrênica” (Rapaport), “caracteres psicóticos” (Frosch), “personalidade *borderline*” (Rangell, Robbins). Além dessas, ele também inclui as “personalidades *as-if*” (Deutsch), a “estrutura de personalidade esquizóide” (Fairbairn) e pacientes com “distorções severas do ego” (Gitelson) no grupo de psicopatologias *borderline*. (Ibid., p. 3).

Pacientes que sofrem da organização de personalidade *borderline* se apresentam com o que, superficialmente, parecem típicos sintomas neuróticos. Não obstante, os sintomas neuróticos e a patologia de caráter desses pacientes têm particularidades que realçam a organização *borderline*. Somente um exame diagnóstico cuidadoso irá revelar as combinações particulares dos diferentes sintomas neuróticos. Nenhum sintoma é patognomônico, mas a presença de dois e, especialmente, de três sintomas entre os que estão listados abaixo, apontam para a possibilidade marcante de se tratar de patologia *borderline* (Ibid., pp. 8-9).

- angústia difusa, flutuante e crônica.

- neurose polissintomática, incluindo dois ou mais dos seguintes sintomas: presença de fobias múltiplas, sintomas obsessivo-compulsivos, conversões histéricas, reações dissociativas, tendências hipocondríacas ou paranóides.

- tendências sexuais perverso-polimorfas, principalmente formas mutáveis, caóticas e múltiplas de perversão sexual. Kernberg inclui neste item os pacientes que apresentam um desvio sexual manifesto, como promiscuidades homo e heterossexuais combinadas, homossexualidade combinada com elementos sádicos, etc. Ele inclui também pessoas com comportamento sexual inibido, mas cujas fantasias conscientes (especialmente fantasias masturbatórias) envolvem múltiplas tendências perversas para que consigam atingir a gratificação sexual.

- as estruturas “clássicas” de personalidade pré-psicóticas, como as personalidades paranóides, esquizóides, hipomaníacas e ciclotímicas.

- neuroses de compulsão e adições. Para Kernberg, essas neuroses são ego-distônicas fora dos episódios neuróticos, mas ego-sintônicas durante os episódios. Alcoolismo, drogadição, certas formas de obesidade psicogênica, cleptomania, são alguns exemplos.

- patologias de caráter de nível inferior, vistas acima. (Ibid., pp. 9-13).

Dessa forma, Kernberg procurou criar um processo formal de diagnóstico da organização da personalidade *borderline* que pudesse ser aplicado numa proposta terapêutica baseada na teoria das relações de objeto, por ele denominada de *psicoterapia expressiva*. (Id., 1995, p. 83).

O traço estrutural característico da personalidade *borderline*, como visto, é a cisão ou dissociação de diferentes estados egóicos e o emprego de defesas primitivas. Existe uma transferência muito forte, com grande infiltração de pulsões agressivas. Isso faz com que este tipo de personalidade tenha características dinâmicas e estruturais que, na opinião de Kernberg, requerem uma técnica psicanalítica modificada, quando comparada à psicanálise clássica. A transferência, por exemplo, desse tipo de paciente pode ser tão maciça e indiscriminada, que pode criar um tipo de vínculo que Kernberg denominou de “psicose de transferência”, uma vez que se assemelha à transferência psicótica de pacientes esquizofrênicos. A diferença entre os dois tipos de transferência está no fato de que, embora possa haver perda de prova de realidade, podendo levar ao aparecimento, durante a sessão, de idéias delirantes ou até de alucinações, a psicose de transferência fica circunscrita à sessão, enquanto que nos psicóticos toma conta de suas vidas pessoais. Além disso, existem outras importantes diferenças. O psicótico tende a

se *fusionar* com o analista. No *borderline*, essa confusão entre si próprio e o objeto tem a ver com os fenômenos projetivos em sua luta pelo manejo da angústia. Justamente por isso, o principal objetivo do tratamento é ajudar o paciente a integrar seus diferentes estados egóicos. O grande problema para que esse objetivo possa ser alcançado é a intensa agressividade do paciente, que conspira o tempo todo contra o tratamento. Como um fator adicional complicador, está o ego fraco do paciente, que tem enormes dificuldades em conseguir controlar suas pulsões antagônicas, tendendo ao *acting-out*, dentro e fora das sessões.

Para Kernberg *et al*, “a interpretação é a técnica instrumental fundamental da psicoterapia expressiva com pacientes *borderline*” (Id., 1991, p. 24). Ele recomenda um uso seqüencial de algumas técnicas psicoterápicas, tais como: a *clarificação*, que é “um convite e pedido do terapeuta para que o paciente explore quaisquer dados que são vagos, surpreendentes ou contraditórios” (Ibid., p. 25), a *confrontação*, que também é uma precursora da interpretação: “seu objetivo é tornar o paciente cômico de aspectos potencialmente conflitivos e incongruentes do material” (Ibid.). Essas técnicas devem ser combinadas a outras, como uma “orientação geral dos pacientes para o tratamento”, e se deixa claro qual o objetivo do tratamento, as metas que deverão ser alcançadas, o que é permitido (e proibido) ao paciente durante as sessões, enfim, todas as regras do “contrato terapêutico” entre o paciente e o analista.

De uma maneira geral, Kernberg segue a escola kleiniana (e pós-kleiniana) em sua proposta de técnicas psicanalíticas: análise da transferência e contra-transferência como instrumento privilegiado, o estudo da dissociação e da identificação projetiva, a limitação do *acting-out*, a exploração da transferência positiva e negativa, a integração dos aspectos clivados ou dissociados do *self*. Alguns críticos, não obstante, o julgam “mais realista”, já que ele outorga menos lugar do que os kleinianos à fantasia inconsciente. Isto provavelmente é devido à influencia que sobre ele exerce a psicologia do ego (Bleichmar & Bleichmar, 1992, p. 392).

Até aqui vimos alguns aspectos da obra de Kernberg, considerado o autor mais importante para a questão dos estados-limite. Alguns autores, fora do circuito anglo-americano também se projetaram nesses estudos. Entre os franceses, os destaques não são muitos, como já visto anteriormente²³. Não obstante, Jean Bergeret, André Green e Didier Anzieu, produziram uma literatura que pode ser considerada vasta e valiosa.

²³ Vide 2.1.2

Green, principalmente, a quem dedicaremos o restante deste capítulo, desenvolveu suas teorias fortemente influenciado por Freud e Klein e dando grande ênfase aos binômios Eros – agressividade ou pulsão de vida – pulsão de morte. Especificamente, ele também se preocupou em mostrar o vínculo entre narcisismo e pulsão de morte.

O que é certo, é que o narcisismo perdeu cada vez mais terreno nos seus [de Freud] escritos em proveito das pulsões de destruição. Testemunho disto é a revisão de suas concepções nosográficas que restringiram o campo das neuroses narcisistas unicamente à melancolia, ou, se quisermos, à psicose maníaco-depressiva, sendo que a esquizofrenia e a paranóia dependeriam, dali em diante, de uma etiopatogenia distinta. Quanto à melancolia, por ter sido mantida sob a jurisdição do narcisismo era, contudo, descrita com expressão de uma pura cultura da pulsão de morte. Há, portanto, uma articulação necessária a ser encontrada entre o narcisismo e a pulsão de morte, da qual Freud não se ocupou e que ele nos deixou para descobrir (Green, 1988, p. 12).

Essas relações entre narcisismo e pulsão de morte foram denominadas por Green de “narcisismo negativo”, ou “narcisismo de morte”.

Para Green, os debates acerca do narcisismo sempre foram centrados num mesmo problema, que se refere à condição do narcisismo como um fenômeno em si. Em outras palavras, a questão seria: pode-se atribuir ao narcisismo uma autonomia ou os problemas que são levantados por ele pertencem “ao destino singular de um lote de pulsões que devem ser tomadas em estreita relação com as outras?” (Ibid., p. 14). Para Green, este problema está mal formulado, pois a experiência clínica mostra a existência de estruturas narcisistas e transferências narcisistas, ou seja, o narcisismo está no cerne do conflito.

Não obstante, Green acredita que não se pode pensar o narcisismo isoladamente, ignorando as relações objetais e a libido erótica e destrutiva. Green realça que esta é uma questão de julgamento, um “que o analista é obrigado a fazer sozinho; (...) na maioria das vezes [e que] é intuitivo, para não dizer imaginativo” (Ibid). Green, portanto, reconhece no narcisismo um conceito “com plenos direitos”, mas que não pode ser formulado sem que se tenha em conta suas relações com “vizinhos imediatos”, que são a homossexualidade (consciente ou inconsciente), o ódio (do outro ou de si), além de todos os outros conceitos psicanalíticos.

Da mesma forma, se existe uma ligação muito estreita entre o narcisismo e a depressão, como Freud percebeu, parece-me não menos inegável que os problemas do narcisismo encontram-se em primeiro plano nas neuroses de caráter – o que não é difícil imaginar, e não apenas nos casos em que exista uma esquizoidia marcada – na patologia psicossomática e, *last but not least*, nos casos-limites (Ibid., p. 15).

Para Green, embora algumas estruturas possam ser atribuídas ao narcisismo, ele não concorda em marcar acentuadamente as diferenças entre estruturas narcísicas e *casos-limite*.

Em um artigo intitulado “The borderline concept”, Green faz uma lista daqueles que ele considera os sete grandes itens de debate que em sua opinião são relevantes ao assunto: (1) O papel do *ego*, do *self* e do *narcisismo*, com relação aos mecanismos de defesas primitivas de dissociação e cisão e suas conseqüências: a decatexização e a identificação projetiva; (2) a função das *relações de objeto*, com atenção especial à agressão pré-genital e sua influência nos processos de pensamento; (3) a presença da *angústia psicótica* e seu impacto na função de unir processos psíquicos, com conseqüências para o pensamento verbal; (4) as falhas na criação do *espaço transicional*, com a função dual coexistente do princípio de prazer e do princípio de realidade e um padrão de relações de dupla ligação; (5) a *condensação de objetivos pré-genitais e genitais*, dando um duplo sentido a cada um deles, o que automaticamente refere um ao outro; (6) o papel de uma *relação complementar* no *setting* analítico, sendo a contratransferência um elo para a comunicação do paciente, mais do que um obstáculo ao seu entendimento; e (7) a noção de *distância psíquica*, necessária para evitar tanto a falta de comunicação como a intrusão (Id., 1997, pp. 69-70).

Green dá grande importância àquilo que, para ele, é a principal característica dos *casos-limite*: a cisão. “O esforço de separar o ‘bom’ do ‘mau’, o prazeroso do desprazeroso, e a obrigação de alcançar a separação ao invés de dar nascimento à distinção entre o *self* e o objeto (dentro e fora, somático e psíquico, fantasia e realidade, ‘bom’ e ‘mau’), desencadeia a cisão nos *borderlines*” (Ibid., p. 75). Segundo ele a causa da cisão é entendida diferentemente, dependendo do ponto de vista conceitual de quem a analisa. Para Freud, é uma expressão da pulsão de morte em oposição à força de união de Eros. Para Klein, também é o resultado das operações da pulsão de morte, mas relacionada ao medo do aniquilamento e dirigida ao objeto. Para Winnicott, a cisão também está relacionada à destruição, mas com grandes diferenças. Primeiramente, devido à imaturidade do ego, essas expressões de destruição primitiva não são sentidas como tal: a falta de integração provoca uma sensação de desintegração e, em segundo lugar, a atitude do meio ambiente externo é de vital importância para conter esses estados de desintegração.

Na opinião de Green, a cisão é difícil de ser concebida sem o seu termo complementar: a confusão. A cisão na criança é uma reação básica à atitude do objeto,

que pode ser de dois tipos: (a) uma falta de fusão por parte da mãe, ao ponto que, mesmo em situações de encontro, a criança encontra um “seio vazio” (*blank breast*); (b) um excesso de fusão, a mãe sendo incapaz de renunciar ao êxtase paradisíaco que foi alcançado na experiência da gravidez (Ibid., p. 76).

Green marca ainda que a diferença entre recalque e cisão é de vital importância nas implicações das respectivas patologias a elas associadas. O retorno do recalçado faz aparecer a angústia, o retorno dos elementos cindidos é acompanhado de sentimentos de ameaça profunda, de desamparo (o *Hilflosigkeit* de Freud), aniquilamento (Klein), pavor inominável (Bion), desintegração (Winnicott). A cisão revela que o ego é composto de núcleos diferentes e não-comunicantes. A esses núcleos de ego, Green designou de *arquipélagos*. As ilhas que formam esses arquipélagos não conseguem se comunicar, havendo, portanto, uma falta de unidade, de coesão, de coerência e, principalmente, de integração.

Essa falha na integração dá ao observador um sentimento de indiferença, uma ausência de vitalidade, já que essas ilhas separadas de egos (relações *self*-objeto) não conseguem ter êxito em formar um ser individual. Em minha visão, essas ilhas de núcleos de ego são menos importantes do que seus espaços adjacentes, que eu descrevi como vazios. Futilidade, falta de presença, contato limitado, são as expressões do mesmo vazio básico que caracteriza a experiência da pessoa *borderline*. Mais uma vez, como Bion, eu realço a importância da função de ligação ou, para ficar nos conceitos de Freud, da função de união de Eros. O discurso do *borderline* não é uma cadeia de palavras, representações ou afetos, mas – tal como um colar de pérolas sem um fio – de palavras, representações, afetos contíguos em espaço e tempo, mas não em significado. Cabe ao observador estabelecer os elos faltantes com seu próprio sistema psíquico (Ibid., p. 79).

Green também cita Winnicott ao dizer que este, ao postular o conceito de falso *self*, nos forneceu um caminho para entender a função dos caracteres narcísicos nos pacientes *borderline*. Como o falso *self* é construído não sobre as experiências reais do paciente, mas na submissão à imagem que a mãe faz de seu filho, a organização do falso *self* atende ao narcisismo do objeto, ao invés do narcisismo do *self* – daí um paradoxo da existência de caracteres narcísicos e o sentimento de que eles são de uma natureza diferente dos caracteres comuns às assim denominadas personalidades narcísicas. A resposta a esta avaliação contraditória é que o falso *self* é suprido por um narcisismo ‘emprestado’ – o narcisismo do objeto (Ibid., p. 81).

Dentre as diversas contribuições de Green às questões dos estados-limite, ele descreve duas formas narcísicas que são consideradas paradigmas patológicos desses casos: o *narcisismo moral* (1969) e o *complexo da mãe morta* (1980).

Assim como Freud fizera em seu estudo sobre o masoquismo, dissociando este, como expressão da pulsão de morte, em três sub-estruturas: o masoquismo erógeno, o masoquismo feminino e o masoquismo moral (Freud, 1924b, p. 179), Green também desdobra o narcisismo em três componentes: um *narcisismo corporal*, relativo ao sentimento (afeto) do corpo ou às representações do corpo; um *narcisismo intelectual*, manifestado pelo investimento do domínio pelo intelecto, uma forma secundária da onipotência do pensamento e, finalmente, *um narcisismo moral*.

Para descrever o narcisismo moral, Green recorre às instâncias psíquicas de Freud e confere a elas um material específico. A pulsão está para o id, assim como a percepção para o ego e a função do Ideal, que renuncia à satisfação da pulsão e abertura para a ilusão, para o superego. Desta forma, uma vez que moralidade e superego estão relacionados, o narcisismo moral está numa estreita relação ego – superego. Mas o id não é estranho a essa relação; pode-se compreendê-lo como dominado pelo conflito entre as pulsões de vida e pulsões de morte, da mesma forma que o ego está voltado a uma permanente troca de investimentos entre o eu e o objeto, e o superego dividido entre a renúncia à satisfação e as miragens da ilusão. Dentro dessa concepção esquemática, o ego, em seu estado de dupla dependência com relação ao id e ao superego, “não tem apenas dois senhores, mas quatro, já que cada um se desdobra” (Green, 1988, p. 194). Green realça que este efeito ocorre com todos nós e que ninguém está livre de certo narcisismo moral. Da economia geral dessas relações são feitos os relacionamentos. Esses serão saudáveis, na medida em que a pulsão de vida prevaleça sobre a pulsão de morte e que a ilusão prevaleça sobre o orgulho da renúncia pulsional. No narcisismo moral ocorre justamente o oposto: há uma vitória da pulsão de morte, “que confere ao princípio de Nirvana (aquele do abaixamento das tensões ao nível zero) uma relativa preeminência sobre o princípio de prazer, quanto da renúncia pulsional sobre as satisfações da ilusão” (Ibid.). Green reconhece que, aparentemente, este esquema pode remeter também ao masoquismo, mas ele se apressa em diferenciar ambos. No masoquismo há uma passividade que exige a presença do outro. Para o narcisista moral, trata-se de estar sozinho, de renunciar ao mundo, seus prazeres e desprazeres (uma vez que do desprazer pode-se tirar também prazer). O narcisista moral se situa além do prazer-desprazer, sem buscar a dor, embora também sem evitá-la. Enquanto que o masoquista, segundo Freud, quer, na verdade, ser tratado como criança, a pretensão do narcisista moral é inversa: “ele quer, como uma criança que é, parecer-se

com os pais que uma parte dele imagina não terem nenhum problema para dominar suas pulsões: ele quer ser grande” (Ibid., p. 195).

Green realça ainda que o masoquismo está vinculado ao sentimento de culpa. O masoquista se sente fundamentalmente culpado e tenta, permanentemente, reparar essa culpa através do vínculo com o objeto sádico. Já o narcisismo moral está vinculado à vergonha e à renúncia às relações objetais.

No narcisismo moral, cujas finalidades fracassam como no masoquismo, a punição – aqui a vergonha – realiza-se pelo redobramento insaciável do orgulho. A honra nunca é salva. Tudo está perdido, porque nada pode lavar a mácula de uma honra manchada, a não ser uma nova renúncia que empobrecerá as relações objetais pela glória do narcisismo. (...) O narcisista procurará, como solução do conflito, empobrecer cada vez mais suas relações objetais para levar o Eu ao seu mínimo vital objetal e conduzi-lo assim ao seu triunfo libertador. Esta tentativa é constantemente posta em xeque pelas pulsões que exigem que a satisfação passe por um objeto que não é o sujeito. A solução, a única solução, será o investimento objetal narcisista, sobre o qual sabemos que, quando o objeto está ausente, perdido ou então decepciona, a consequência é a depressão (Ibid., p. 196).

A única satisfação encontrada pelo narcisista moral em seu empobrecimento é o sentimento de renúncia, fundamento do orgulho humano. Evidentemente, todas as características aqui descritas refletem-se também na clínica. O acesso ao material ligado à relação objetal é muito difícil, assim como o acesso à reconstituição da dependência narcísica à mãe e, portanto, ao analista. Para Green, a chave destes tratamentos reside, como sempre, no desejo do analista, ou melhor, na contratransferência. Após um certo tempo, é comum ao analista se sentir prisioneiro de seu paciente. Para tal, segundo o autor, existem três saídas. A primeira é o analista tentar fazer progredir a análise através da variante da bondade. O analista, portanto, oferece o seu amor. Para Green, este é um erro técnico: o desejo de amor por parte do paciente é insaciável e as reservas de amor por parte do analista acabam por se esgotar. Além disso, o analista está respondendo a um desejo do paciente – o que é sempre perigoso. O analista corre ainda o risco de se tornar um substituto do moralista, inclusive do padre, perdendo, portanto, a sua especificidade.

A segunda alternativa é a da interpretação da transferência. Só que essa também não é uma solução eficaz. Para Green, “enquanto ficar expressa através das palavras do analista em termos objetais, tem pouco eco sobre este material coberto pela carapaça narcisista. Seria o mesmo que querer despertar o desejo sexual de um ser vestido numa armadura. Sobra a resignação” (Ibid., p. 215). Essa alternativa, segundo Green, embora

seja menos nociva, corre o risco de tornar a análise infinita, pois pode reforçar o narcisismo moral.

Sobra, para Green, uma terceira alternativa, que é “temerosa”, mas que, segundo o autor, tem obtido bons resultados. Trata-se de *analisar o narcisismo*. Isso poderia parecer impossível a um primeiro olhar; no entanto, “após um período suficiente – vários anos”, após um estável estabelecimento de transferência e análise das condutas de repetição, o analista pode começar a “pronunciar as palavras-chave: vergonha, orgulho, honra, desonra, micromania e megalomania (...)” (Ibid.). Green crê que este tipo de intervenção do analista – guardadas as devidas ressalvas a respeito do momento certo de fazê-las – pode livrar o paciente de parte de seu fardo, pois, como sublinha Bouvet, citado por Green, “a pior frustração que um paciente pode sentir é de não ser compreendido” (Ibid.).

Uma outra forma de narcisismo enquadrada na categoria *borderline* de Green é o que ele denomina de complexo da *mãe morta*. Como o próprio título sugere, essa forma narcisista lida com questões de luto. Não se trata de um luto (e das conseqüências psíquicas deste) em função de um fato real. Ao invés da morte real da mãe, o que ocorre é a depressão desta e suas conseqüências no psiquismo da criança. Aquela que deveria ser a fonte de vitalidade e de descoberta do mundo da criança se transforma em figura distante, quase inanimada. Essa mãe está como que morta psiquicamente aos olhos da criança a quem deveria cuidar.

Partindo do momento fundamental da estruturação do psiquismo humano, que em Freud está na *perda do objeto* e em Klein e muitos pós-Freudianos, na *posição depressiva*, Green tenta achar as relações que se possa estabelecer entre um e outro e a singularidade dos traços desse narcisismo depressivo que ele denominou de *mãe morta*. Inicialmente ele aponta para o fato de que a literatura psicanalítica, desde Freud, fala muito do luto do pai (Freud, 1913) como a função fundamental na gênese do superego. O complexo de Édipo, visto como uma estrutura, é coerente com essa posição e este conjunto está ligado pela referência à castração e à sublimação como destino das pulsões. O modelo de luto, por trás desse conceito não faz referência ao luto da mãe nem à perda do seio.

A angústia de castração é apenas um dos diversos tipos de angústia a que Freud aludiu em “Inibições, sintomas e angústia”, no entanto é à esta que ele dá um status estruturante. Para Green, a castração é sempre evocada no contexto de uma ferida corporal associada a um ato sangrento. Daí ele denominá-la de angústia “vermelha”. Em

contrapartida, diz ele, todas as formas de angústia vêm acompanhadas de destrutividade, mas quando se trata do conceito da perda do seio ou do objeto, inclusive outras perdas ou todas as ameaças de abandono, o contexto não é sanguinário. Esta destruição tem, na verdade, as cores do luto: preto ou branco. “Preto como a depressão grave, branco como nos estados de vazio aos quais se dá agora uma atenção justificada” (Ibid., p. 243).

Green vai mais além, sugerindo que o preto sinistro da depressão – que está relacionado ao ódio constatado na análise dos deprimidos – é, na realidade, um subproduto, uma consequência e não uma causa de uma angústia “branca”, que traduz a perda sofrida ao nível do narcisismo.

A série “branca”: alucinação negativa, psicose branca e luto branco, todos referidos ao que poderíamos chamar a clínica do vazio, ou a clínica do negativo, são o resultado de um dos componentes do recalçamento primário: um desinvestimento massivo, radical e temporário que deixa marcas no inconsciente sob a forma de “buracos psíquicos” que serão preenchidos por reinvestimentos, expressões da destrutividade assim liberada por este enfraquecimento do investimento libidinal erótico. As manifestações do ódio e os processos de reparação que a elas se seguem, são manifestações secundárias a este desinvestimento central do objeto primário, materno. Compreende-se que esta visão modifica inclusive a técnica analítica, pois limitar-se a interpretar o ódio nas estruturas que têm traços depressivos significaria nunca abordar o núcleo primário desta constelação (Ibid., p. 244).

Green diz que o complexo da mãe morta é uma revelação da transferência. Normalmente, o paciente se queixa de fracassos na vida afetiva, amorosa ou profissional, não se queixando de sintomas depressivos. Muitas vezes essa depressão é percebida, pelo analista, quando o paciente conta espontaneamente histórias de sua vida pessoal. Essa depressão, que parece vir da tenra infância, só aparece na clínica de forma esporádica e só vai adquirir força na transferência. Embora os sintomas neuróticos clássicos estejam fortemente presentes, o analista tem a sensação de que buscar a gênese dessas neuroses não é a chave do conflito. “Em contrapartida, a problemática narcisista está em primeiro plano, sendo as exigências do ideal do eu consideráveis, em sinergia ou oposição com o supereu. O sentimento de impotência é claro” (Ibid., p. 246). Isso acaba eclodindo na clínica e se transformando numa “depressão de transferência” (em oposição à neurose de transferência) – uma repetição de uma depressão infantil causada “*na presença de um objeto, ele mesmo abortido num luto*” (Ibid., p. 247). A tristeza da mãe, podendo esta ser devida a inúmeros motivos, e a diminuição do interesse pela criança estão na raiz do problema. Green acha que esse episódio pode ser classificado como tendo sido um “aborto da mãe” e que deve ser reconstruído na análise a partir dos mínimos indícios. A criança chegou a se sentir amada, mas este amor sofreu uma brusca

interrupção. “A transformação na vida psíquica, no momento do luto súbito da mãe que desinveste brutalmente seu filho, é vivida por ele como uma catástrofe” (Ibid., p. 248). A criança, em sua onipotência, interpreta isso como conseqüência de suas pulsões para com o objeto. Pode haver aí também uma triangulação precoce e defeituosa com o pai, uma vez que a criança interpreta este como sendo a causa do desinvestimento materno. Geralmente a criança busca no pai uma salvação para o conflito dela com a mãe, através deste investimento prematuro, o qual, na maior parte das vezes, não encontra respaldo nas respostas do pai. Fica assim a criança presa entre uma mãe morta e um pai inacessível. Nesse momento, cabe ao frágil ego dessa criança colocar em ação alguns mecanismos precoces de defesa.

A primeira dessas defesas seria o *desinvestimento do objeto materno e a identificação inconsciente com a mãe morta*. Para Green isso representa um “assassinato psíquico do objeto, realizado sem ódio”. O resultado desse “assassinato” não é uma destrutividade pulsional, mas sim a constituição de um buraco na trama das relações objetivas com a mãe. Já a identificação representa uma simetria reativa, a única maneira de restabelecer uma relação com a mãe. Trata-se de um mimetismo. A compulsão à repetição fará com que o sujeito recorra sempre ao desinvestimento de um objeto passível de decepcionar, repetindo a defesa antiga em suas relações de objeto posteriores²⁴. Esse desmoronamento da relação com a mãe provoca na criança uma *perda de sentido* que, em princípio, poderia levar a criança a morrer. Para evitar isso, além de tentar encontrar um responsável pela depressão materna, que geralmente é o pai (criando o Édipo precoce), a criança lança mão de uma segunda frente de defesa.

Essa frente de defesa inclui o *desencadeamento de um ódio secundário*, com desejos de incorporação regressiva e um sadismo maníaco, *a excitação auto-erótica*, com prazer de órgão no limite e dificuldade de mostrar amor ao objeto e, por fim, e sobretudo, a busca de um sentido perdido estrutura o *desenvolvimento precoce das capacidades fantasmáticas e intelectuais do eu*: não há liberdade de brincar, mas sim uma obrigação de imaginar e de pensar.

A relação transferencial desses pacientes mostra dois traços importantes: o primeiro é o que Green denomina de não-domesticação das pulsões – “o sujeito não pode renunciar ao incesto nem, conseqüentemente, consentir com o luto materno” (Ibid., p. 261). O segundo traço, e o mais importante, é que a análise induz ao vazio.

²⁴ Aqui sugerimos a releitura do texto de Alan Lightman, tirado do livro *Sonhos de Einstein*, apresentado à pág. 8 desta dissertação.

Toda a estrutura do sujeito visa uma fantasia fundamental: nutrir a mãe morta, para mantê-la num perpétuo embalsamento. É o que o analisando faz com o analista: nutre-o com a análise, não para viver melhor fora dela, mas para prolongá-la num processo interminável. Pois o sujeito quer ser a estrela polar da mãe, a criança ideal que toma o lugar de um objeto morto idealizado, que é necessariamente invencível, porque não vivo, uma vez que o vivo é imperfeito, limitado, finito (Ibid.).

Para Green, frente ao complexo da mãe morta, o analista pode ter duas atitudes técnicas. A primeira é a solução clássica, a da abstinência. O grande perigo desta atitude é que ela vá repetir, pelo silêncio, a relação com a mãe morta. Pois o grande conflito está justamente na passividade como feminilidade primária, feminilidade comum à mãe e à criança. Há, não obstante, uma segunda atitude.

(...) aquela que prefiro, é a que, utilizando o quadro como espaço transicional, faz do analista um objeto sempre vivo, interessado, acordado pelo seu analisando e testemunhando sua vitalidade pelos laços associativos que comunica ao analisando, sem nunca sair da neutralidade. Pois a capacidade de suportar a desilusão dependerá da forma como o analisando se sentir narcisicamente investido pelo analista. É, portanto, indispensável, que este permaneça sempre atento às proposições do paciente, sem cair na interpretação intrusiva (Ibid., p. 262).

Esta segunda atitude troca a abstinência por uma solução ativa. A vitalidade recuperada, entretanto, continua presa a uma identificação cativa. O paciente pode se sentir como uma criança curada que deve a sua saúde à mãe ainda doente. Há um movimento, então, que é diferente daquele de reparação. Não se trata de um remorso, mas uma necessidade de sacrifício por essa mãe e uma conseqüente renúncia ao uso das novas potencialidades do ego para a obtenção dos prazeres possíveis. A interpretação do analista, então, passa por mostrar ao analisando que essa atividade conquistada por ele está fazendo com que ele esteja vendo o analista como necessitando do analisando, o contrário do que acontecia antes. Para Green, isto é uma “fantasia vampírica invertida” e um paradoxo: a mãe morta está presente; o sujeito pode tentar animá-la. Mas se for curada será perdida, pois irá investir outros objetos. Daí uma grande ambivalência e um sujeito preso entre duas perdas: “a morte na presença ou a ausência na vida”.

Pensamos ser importante voltar a realçar o objetivo deste capítulo, que foi o de mostrar, sob diferentes ângulos, a questão patológica dos estados-limite tanto sob a ótica identificatória, privilegiando as falhas na continuidade de ser, em que foram escolhidos os exemplos de Winnicott, Balint e Fairbairn, como numa ótica voltada para a intersubjetividade, privilegiando as questões de agressividade e narcisismo, com os exemplos de Kernberg e de Green.

Pode-se ver claramente que não só os conceitos são diferentes, mas assim também são os diagnósticos e as técnicas clínicas. Uma tentativa de encarar essas diferenças, sem sentir uma profunda angústia de estar perdido no meio de ambigüidades, controvérsias e paradoxos, talvez seja a de olhar para elas com uma “ótica maiêutica”, e para tal vale a pena pinçar uma citação de André Green, em outro contexto, em seu livro *The chains of Eros*:

Do ponto de vista do pensar, ao invés de agir de forma nostálgica pelo tempo em que Freud obteve uma unanimidade – se é que esse tempo alguma vez existiu – devemos celebrar esse estado de coisas, uma vez que é a colisão de idéias que nos traz – se não a salvação – pelo menos a força da virtude crítica (Id., 2000, p. 209)