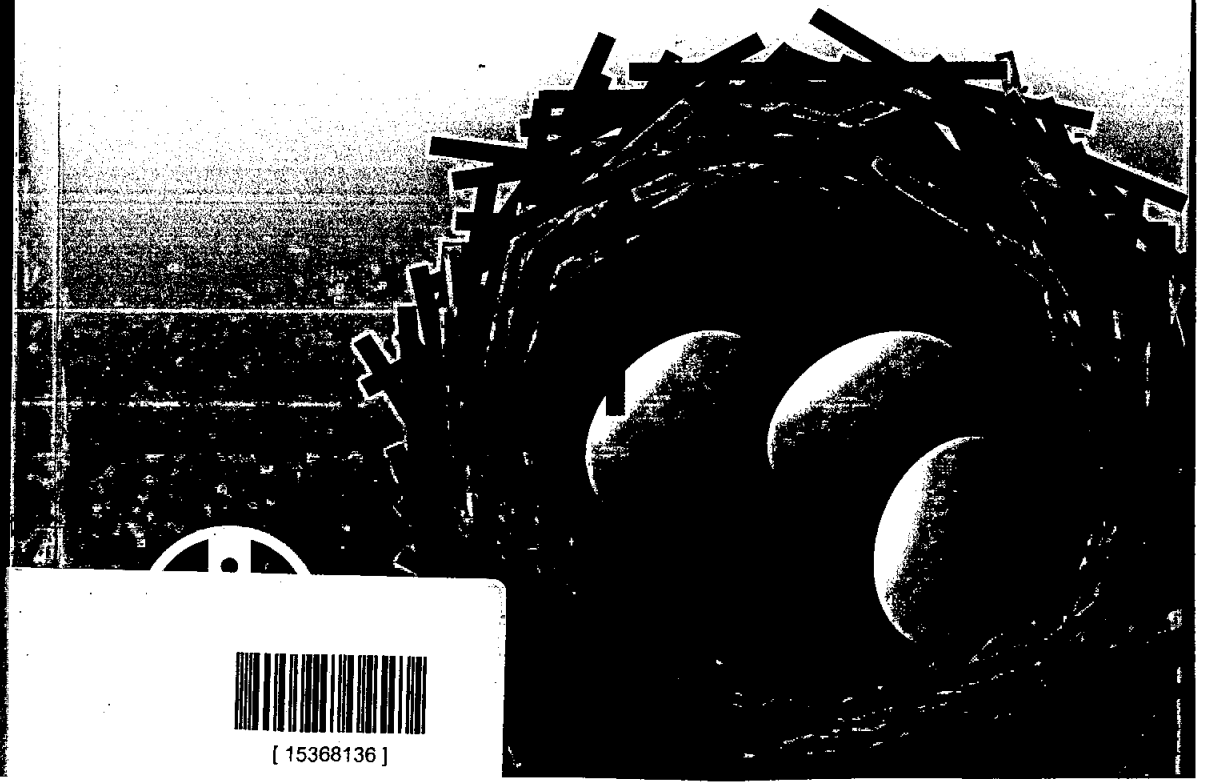
D.W. WINNICOTT

O Ambiente e os Processos de Maturação

Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional



[15368136]

Aviso ao leitor

A capa original deste livro foi substituída por esta nova versão. Alertamos para o fato de que o conteúdo é o mesmo e que esta nova versão da capa decorre da alteração da razão social desta editora e da atualização da linha de *design* da nossa já consagrada qualidade editorial.

artmed®
EDITORA



W772a Winnicott, D. W.
O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Trad. por Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre, Artmed, 1983.

268p. 23 cm

1. Crianças-psicanálise. 2. Psiquiatria infantil. I. Ortiz, Irineo Constantino Schuch trad. II t.

CDD 618.928917
CDU 315.851.1-053.2

(Bibliotecária responsável: Patricia Figueroa CRB/10-542)
ISBN 978-85-7307-456-7

D.W. WINNICOTT

O Ambiente e os Processos de Maturação

Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional

Tradução:
IRINEO CONSTANTINO SCHUCH ORTIZ
com Residência em Neurologia no City of Memphis Hospitals
e em Psiquiatria no Long Island Jewish-Hillside
Medical Center of New York.

Prefácio à edição brasileira:
JOSE OTTONI OUTEIRAL
Psiquiatra de crianças e adolescentes.
Coordenador na Área de Crianças e Adolescentes da
Associação Encarnación Blaya.

Reimpressão 2007

artmed®

1983

Obra publicada, originalmente, em inglês, sob o título
The Maturational Processes and the Facilitating Environment
© de D.W. Winnicott, Londres, 1979

BIBLIOTECA Prof. ROGER PATTI
Chamada 59.92/W
Tombo 042280/2008 Data 07/04/08
Doação Compra X
153681 36

Capa:
Joaquim da Fonseca

Supervisão editorial:
Mônica Ballejo Canto

Composição, diagramação e arte:
AGE - Assessoria Gráfica e Editorial Ltda.

Reservados todos os direitos de publicação, em língua portuguesa, à
ARTMED® EDITORA S.A.
Av. Jerônimo de Ornelas, 670 - Santana
90040-340 Porto Alegre RS
Fone (51) 3027-7000 Fax (51) 3027-7070

É proibida a duplicação ou reprodução deste volume, no todo ou em parte, sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico, gravação, fotocópia, distribuição na Web e outros), sem permissão expressa da Editora.

SÃO PAULO
Av. Angélica, 1091 - Higienópolis
01227-100 São Paulo SP
Fone (11) 3665-1100 Fax (11) 3667-1333

SAC 0800 703-3444

IMPRESSO NO BRASIL
PRINTED IN BRAZIL

Nota do editor

Este volume reúne estudos tanto publicados como inéditos do Dr. Winnicott sobre psicanálise e desenvolvimento da criança, de 1957 a 1963. A série de estudos apresentados aqui complementa os publicados em *Collected Papers: Through Paediatrics to Psycho-Analysis* (London, Tavistock Publications, 1958).

Há duas bibliografias no final. A primeira inclui todos os livros e artigos citados no texto. A segunda é uma relação das obras do Dr. Winnicott, de 1926 a 1964.

Para que o texto não ficasse sobrecarregado de citações e notas de rodapé, as inter-relações dos temas e conceitos tratados nos artigos do Dr. Winnicott são fornecidas no índice remissivo, no final. Os temas principais são divididos em subcategorias e indexados de modo que as várias implicações e conotações de uma idéia fiquem facilmente disponíveis para o leitor. Os conceitos básicos de Freud são indexados em conexão com as discussões e elaborações que sobre eles faz o Dr. Winnicott. Freqüentemente o Dr. Winnicott menciona um conceito de Freud em um contexto dado, mas não o discute como tal; é nosso propósito que o índice complemente isto em parte ao indicar as ligações entre as idéias do Dr. Winnicott e as de Freud.

M. MASUD R. KHAN
Editor assistente

Agradecimentos

Quero inicialmente agradecer a meus colegas psicanalistas. Efetuei minha formação como membro deste grupo e após tantos anos de relacionamento torna-se impossível para mim saber o que aprendi e com que contribuí. Em certo sentido, as obras de cada um de nós podem ser copiadas em parte. A despeito disso, acho que não copiamos; trabalhamos, observamos, especulamos e descobrimos, mesmo se se puder verificar que o que descobrimos foi descoberto antes.

Acho que foi de grande valor ter viajado ao exterior para discutir minhas idéias com aqueles que trabalham nos ramos analítico, psiquiátrico, pediátrico e educacional e em grupos sociais diferentes dos que encontramos em Londres.

Quero agradecer à minha secretária, Sra. Joyce Coles, cuja precisão no trabalho se tornou uma parte importante da elaboração de cada um destes estudos em sua origem. Agradeço também à Srta. Ann Hutchinson, que preparou os estudos para publicação.

Finalmente, agradeço ao Sr. Masud Khan, que me deu o estímulo que resultou na publicação deste livro. O Sr. Khan contribuiu com muito de seu tempo na tarefa de confecção e preparação para editá-lo. Fez também um sem-número de sugestões valiosas, das quais aceitei a maioria. Ele foi o artífice de minha percepção gradual da relação de meu trabalho com o de outros analistas do passado e do presente. Sou-lhe particularmente grato pela preparação do índice.

D. W. WINNICOTT

Prefácio à edição brasileira

SLEEP
Let down your tap root
to the center of your soul
Suck up the sap
from the infinite source
of your unconscious
and
*Be evergreen**

D. W. Winnicott

A obra de Winnicott

Donald W. Winnicott é, sem dúvida alguma, um dos autores que marcaram com sua contribuição o pensamento psicanalítico e a Psiquiatria Dinâmica. Esta compilação de seus estudos, escritos no final da década de cinqüenta e durante a década de sessenta, reunindo vinte e três contribuições que abordam o tema do desenvolvimento da criança e da teoria e da técnica da psicanálise e que foram publicados pela primeira vez em 1965 sob o título *The Maturational Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*, compreende algumas das mais significativas idéias do autor.

* Sonho. Deixa penetrar a raiz/ no centro de tua alma/ aspira a seiva/ da fonte infinita/ de teu inconsciente/ e/ conserva teu verdor.

Neste livro Winnicott nos convida a "brincar" com seu pensamento, ou seja, criar durante a leitura um "espaço transicional" que permita viver a experiência com tudo o que ela possibilita. Clare Winnicott, sua esposa, comenta que a capacidade de "brincar" era central não apenas em sua obra como em sua própria vida e lembra um comentário, feito por um amigo, caracterizando a relação dos dois: "Você e Donald brincam".

Quando lemos Winnicott nos defrontamos com um estilo do qual podemos dizer, como ele próprio referira: "Le style est L'homme même"; e o estilo de D.W.W. é extremamente pessoal e sofisticado e ao mesmo tempo simples e natural.

M. Masud Khan, ao fazer a introdução do "Collected Papers" (1958), escreveu:

"Não conheci nenhum outro analista mais inevitavelmente ele mesmo. Foi esta qualidade de ser inviolavelmente eu-mesmo que lhe permitiu ser tantas pessoas diferentes para criaturas tão diversas. Cada um de nós que o conheceu tem o seu próprio Winnicott e ele jamais desrespeitou a versão que o outro tinha dele, afirmando seu próprio estilo de ser. E, contudo, permaneceu sempre e inexoravelmente Winnicott. "

Assim nos pareceu oportuno, inclusive, não traduzir alguns termos fundamentais, conservando-os no inglês original, porque ao fazê-lo eles perderiam em essência e conteúdo. *Holding*, por exemplo, se traduzido por "sustentação" ou "suporte" não corresponderia à expressão utilizada pelo autor. Sugerimos que o leitor "brinque" com eles, criando um sentido que se expressa melhor afetivamente do que ao nível cognitivo ou da tradução formal e/ou literal.

A criatividade das contribuições de Donald W. Winnicott dificulta também uma sistematização metodológica.

André Green, comentando sua obra, diz que ela forma uma rede, um tecido de fios entrecruzados, distinguindo-se os seguintes fios principais:

1 – a teoria da situação analítica, cujo modelo é o *setting;*

2 – a teoria das pulsões, que introduz novas noções sobre a agressividade (com a idéia de uma destrutividade sem cólera) e sobre a sexualidade (com a idéia do que Winnicott denomina "elemento feminino puro");

3 – a teoria do objeto, enfocada pelas relações entre o objeto subjetivo e o objeto objetivamente percebido, que não combina plenamente com a oposição freudiana entre a representação e a percepção; seu corolário é o "objeto transicional";

4 – a teoria do *self*, com a oposição entre "falso *self*" e "*self* verdadeiro";

5 – a teoria do espaço, pela noção de "área intermediária", "espaço potencial" e "transicional", fonte da sublimação e da experiência cultural, através do "brincar";

6 – a teoria da comunicação e da não-comunicação;

7 – por último, a teoria do desenvolvimento, que introduz a noção de "ambiente facilitador", e a evolução da dependência à independência.

M. Masud Khan, ao escrever o extenso e precioso prefácio para "Collected Papers", comenta a obra de D.W. Winnicott, enfocando os seguintes aspectos:

1 – o conceito de realidade interna *versus* fantasiar;

2 – do objeto transicional ao uso do objeto;

3 – regressão, manejo e jogo no *setting* clínico;

4 – a estruturação e a formação de uma pessoa.

A pessoa Donald W. Winnicott

Donald W. Winnicott nasceu em Playmouth (Devon), Inglaterra, crescendo em uma propriedade rural, filho único, cercado por duas irmãs mais velhas.

M. Masud Khan escreve: ". . . ele foi uma criança amável, acomodada e um aluno brilhante. De repente, porém, resolveu virar tudo de cabeça para baixo; fez, então, uma enorme confusão nos cadernos e, durante um ano, suas provas foram péssimas."

Clare Winnicott conta uma passagem significativa da autobiografia, não publicada e somente encontrada após sua morte, de Winnicott:

". . . peguei meu taco de croquet (com um tamanho de 30 cm, pois eu não tinha mais de três anos) e destruí o nariz da boneca de minhas irmãs. Aquela boneca havia se convertido para mim em uma fonte de irritação, pois meu pai não deixava de brincar comigo. Ela se chamava Rosie e ele, parodiando uma canção popular, me dizia (com uma voz que me exasperava):

Rosie disse a Donald
eu te amo
Donald disse a Rosie
eu não creio

Assim, pois, eu sabia que tinha de destroçar aquela boneca e grande parte de minha vida se baseou no fato de que eu havia realmente cometido este ato, sem me conformar com desejá-lo e arquitetá-lo apenas. Provavelmente me senti aliviado quando meu pai, acendendo vários fósforos seguidos esquentou o nariz de cera para modelá-lo e o rosto voltou a ser um rosto. Aquela primeira demonstração do ato de restituição e de reparação me impressionou e talvez me fez capaz de aceitar o fato de que eu, pequeno e querido ser inocente, me havia tornado violento, de maneira direta com a boneca e indireta com aquele pai que naquele justo momento acabava de entrar em minha vida consciente."

Depois de uma infância feliz, de poder "brincar com todas as experiências", Winnicott foi para a Leys School, em Cambridge: corria, nadava, praticava ciclismo e rubgy, tinha amigo, cantava no coro, fazia parte dos escoteiros, e, conta sua esposa, todas as noites lia uma história em voz alta para seus companheiros de dormitório. Aos dezesseis anos, ao fraturar a clavícula jogando, ele formulou seu desejo de ser médico:

"Não podia imaginar que o resto da minha vida dependeria dos médicos. . . resolvi converter-me eu mesmo em médico."

Winnicott passou seu primeiro ano de medicina como enfermeiro, em conseqüência do início da 1ª Guerra Mundial. Algum tempo depois, não desejando permanecer fora do *front*, enquanto seus colegas e amigos partiam, ele solicitou ingresso e foi aceito na marinha. Terminado o conflito, ele prosseguiu seus estudos médicos no St. Bartholomew's Hospital, em Londres.

Nesse tempo contraiu um abscesso pulmonar e ficou três meses hospitalizado; sobre este período ele escreveu em sua biografia:

"Estou convencido de que pelo menos uma vez na vida é necessário que o médico tenha estado no hospital como paciente."

Embora tenha desejado ser um clínico geral e trabalhar no campo, Winnicott tornou-se pediatra e ao ler um trabalho de Freud decidiu analisar-se e estudar Psicanálise. Buscando Ernest Jones, este o encaminhou a James Strachey, com quem ele se analisou durante dez anos, tendo retomado sua análise depois com Joan Riviere.

Sua formação psicanalítica iniciou em 1923, no mesmo ano em que obteve dois postos como consultor em Pediatria, um no Queen's Hospital for Children e outro no Paddington Green Childrens Hospital, sendo que neste último trabalhou durante cerca de quarenta anos, organizando um serviço para onde acorriam profissionais ingleses e do exterior e que ele, carinhosamente, chamava de "meu snackbar psiquiátrico".

Sentindo a pressão que resultava do número elevado de crianças que buscavam atendimento, Winnicott dedicou-se a fundo a estudar os meios de utilizar o espaço paciente-médico da forma mais econômica possível para a tarefa terapêutica. Em seus escritos, em especial com o "jogo dos rabiscos" *(squiggle gaure)*, ele mostra como chegou a isto. Clare Winnicott escreve:

> *"Ele se esforçava por tornar a consulta significativa para a criança, dando-lhe alguma coisa para levar e que pudesse ser utilizada e/ou destruída. Donald se armava de papel e, na maioria das vezes, fazia um avião ou um leque com o qual brincava um pouco; após dava o brinquedo para a criança, despedindo-se dela. Jamais soube de uma criança que tivesse rechaçado seu gesto."*

Donald e Clare Winnicott não tiveram filhos e, ao final de sua vida, ele escreveu:

> *". . . é muito difícil um homem morrer quando não teve um filho para matá-lo na fantasia e poder sobreviver a ele, proporcionando assim a única continuidade que os homens conhecem."*

Ao perceber a proximidade da morte, ele organizou uma autobiografia que ele chamou: *Not Less than Everyting* e onde descreve imaginariamente sua morte:

"Estive morto.

Não era particularmente agradável e me pareceu que levou um bom tempo (porém apenas um momento na eternidade). Chegado o tempo, eu sabia tudo sobre meu pulmão cheio de água. Meu coração não conseguia fazer seu trabalho, pois o sangue já não podia circular livremente pelos alvéolos. Havia falta de oxigênio e asfixia. Não havia por que ficar revolvendo a terra, como dizia nosso velho jardineiro. Minha vida foi longa. Vejamos um pouco do que aconteceu quando eu morri? Meu pedido havia sido ouvido (Meu Deus, faz com que eu viva o momento de minha morte!)."

Clare Winnicott comenta, a partir deste trecho, que se pode ter uma idéia da capacidade de Donald Winnicott para compor, brincando, com a realidade de dentro e de fora, de modo a permitir ao indivíduo suportar a realidade, evitando a negação e podendo realizar tão plenamente como seja possível a experiência da vida, seja um bebê ou um velho que a morte colhe.

JOSÉ OTTONI OUTEIRAL
Porto Alegre, outubro de 1982

Sumário

Introdução 15

Primeira parte:
ESTUDOS SOBRE O DESENVOLVIMENTO

1 – Psicanálise do sentimento de culpa (1958) 19
2 – A capacidade para estar só (1958) 31
3 – Teoria do relacionamento paterno-infantil (1960) 38
4 – A integração do ego no desenvolvimento da criança (1962) 55
5 – Provisão para a criança na saúde e na crise (1962) 62
6 – O desenvolvimento da capacidade de se preocupar (1963) 70
7 – Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo (1963) . . 79
8 – Moral e educação (1963) 88

Segunda parte:
TEORIA E TÉCNICA

9 – Sobre a contribuição da observação direta da criança para a psicanálise (1957) 101
10 – Análise da criança no período de latência (1958) 106
11 – Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica? (1959-1964) 114
12 – Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro *self* (1960) 128
13 – Cordão: uma técnica de comunicação (1960) 140
14 – Contratransferência (1960) 145
15 – Os objetivos do tratamento psicanalítico (1962) 152
16 – Enfoque pessoal da contribuição kleiniana (1962) 156

17 – Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos (1963) 163
18 – Treinamento para psiquiatria de crianças (1963) 175
19 – Psicoterapia dos distúrbios de caráter (1963) 184
20 – Os doentes mentais na prática clínica (1963) 196
21 – Distúrbios psiquiátricos e processos de maturação infantil (1963) 207
22 – Atendimento hospitalar como complemento de psicoterapia intensiva na adolescência (1963) 218
23 – Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica (1963) 225

Bibliografia 234
Índice remissivo 249

Introdução

O objetivo principal desta coletânea de estudos é retomar a aplicação das teorias de Freud à infância. Freud demonstrou que a neurose tem seu ponto de origem no relacionamento interpessoal do amadurecimento inicial, pertencente à época da lactação. Participei do estudo da idéia de que distúrbios mentais necessitando hospitalização dependem de falhas do desenvolvimento na primeira infância. O distúrbio esquizofrênico, neste sentido, se revela como o "negativo" do processo que pode ser descrito em pormenores como o processo "positivo" de maturação da primeira e segunda infâncias do indivíduo.

Dependência na primeira infância é um fato, e nestes estudos tento inserir a dependência na teoria do desenvolvimento da personalidade. A psicologia do ego só faz sentido se firmemente apoiada no fato da dependência, tanto no estudo da infância como no dos mecanismos mentais primitivos e do processo psíquico.

O inicio do surgimento do ego inclui inicialmente uma quase absoluta dependência do ego auxiliar da figura materna e da redução gradativa e cuidadosa da mesma visando à adaptação. Isto faz parte do que eu denomino "maternidade suficientemente boa"; neste sentido o ambiente figura entre outros aspectos essenciais da dependência, no meio do qual o lactente está se desenvolvendo, utilizando mecanismos mentais primitivos.

Um aspecto do obstáculo ao surgimento do ego produzido por falha no ambiente é a dissociação que se verifica nos casos *borderline* em termos de *self* verdadeiro e falso. Desenvolvo este tema com um ponto de vista próprio, observando sinais indicativos dessa dissociação em pessoas normais e na vida diária (um *self* particular reservado para intimidades e um *self* público orientado para a socialização), examinando também a patologia dessa condição. No pólo extremo da doença encaro o *self* verdadeiro como algo potencial, oculto e protegido pelo falso *self* e submisso, que mais tarde acaba se tornando uma organização defensiva baseada nas várias

BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA
PROF' ROGER PATTI

funções do aparelho do ego e suas técnicas de se autopreservar. Isto está relacionado também ao conceito de ego observador.

Desenvolvendo a idéia da dependência absoluta na mais tenra infância, proponho uma nova maneira de examinar a classificação de doenças mentais. Meu propósito neste sentido não é tanto o de rotular tipos de personalidade como o de fomentar especulação e pesquisa nos aspectos da técnica analítica que se relacionam com a satisfação das necessidades do paciente em termos de dependência na situação e no relacionamento analíticos.

Examina-se também a origem da tendência anti-social. Acredito que esta seja uma reação à perda de algo e não o resultado de uma privação; neste sentido a tendência anti-social é própria do estágio de dependência relativa (e não absoluta). O ponto de origem da tendência anti-social no desenvolvimento da criança pode estar até na latência, quando o ego da criança já adquiriu autonomia, possibilitando então à criança ser traumatizada, em vez de deformada, quanto ao funcionamento do ego.

Como corolário, a maioria dos transtornos psicóticos são encarados como intimamente relacionados a fatores ambientais, sendo a neurose mais natural, em essência, o resultado de um conflito pessoal e não algo passível de ser evitado por criação adequada. Discuto também como, no tratamento de casos *borderline*, essas novas considerações teriam aplicação prática, pelo fato desses tratamentos proporcionarem os dados mais precisos e significativos para a compreensão da primeira infância e da dependência do lactente.

Primeira parte

ESTUDOS SOBRE O DESENVOLVIMENTO

Psicanálise do sentimento de culpa[1] (1958) 1

Neste estudo não tentarei me aprofundar mais do que Burke, que escreveu duzentos anos atrás que a culpa se situa na intenção. Os lampejos intuitivos ou mesmo construções elaboradas dos grandes poetas e filósofos carecem, contudo, de aplicação clínica; e a psicanálise já tornou disponível para a sociologia e para a terapia individual muito do que estava antes encerrado em observações como essa de Burke.

O psicanalista aborda o tema da culpa como se esperaria de quem tem o hábito de pensar em termos de crescimento, em termos de evolução do indivíduo humano, do indivíduo como pessoa, e em relação ao meio que o rodeia. O estudo do sentimento de culpa implica para o analista o estudo do crescimento emocional do indivíduo. Geralmente considera-se o sentimento de culpa como algo que resulta do ensinamento religioso ou moral. Aqui tentarei estudar o sentimento de culpa, não como algo a ser inculcado, mas como um aspecto do desenvolvimento do indivíduo. Influências culturais por certo são importantes, vitalmente importantes; mas essas influências podem por si só ser estudadas como a superposição de inúmeros padrões pessoais. Dito de outro modo, a chave para a psicologia social e de grupo é a psicologia do indivíduo. Aqueles que sustentam o ponto de vista de que a moralidade precisa ser inculcada ensinam as crianças pequenas de acordo com essa idéia, e renunciam ao prazer de observar a moralidade se desenvolver naturalmente em seus filhos, que estão se desenvolvendo em um bom ambiente, proporcionado de um modo pessoal.

1 – Palestra proferida em uma série como parte das comemorações do centenário do nascimento de Freud: na *Friend's House*, abril de 1956, e publicada inicialmente em *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, ed. J. D. Sutherland (London, Hogarth, 1958).

Não é necessário examinar variações em constituição. Não temos nenhuma evidência de que alguém que não seja deficiente mental seja por constituição incapaz de desenvolver um senso moral. Por outro lado verificamos todos os graus de sucesso ou fracasso no desenvolvimento de um senso moral. Tentarei explicar essas variações. Sem dúvida, há crianças e adultos com sentimento de culpa defeituoso, e tal defeito não é especificamente ligado à capacidade ou incapacidade intelectual.

Simplificarei minha tarefa dividindo meu exame do problema em três partes principais:

1 – O sentimento de culpa naqueles indivíduos que desenvolveram e estabeleceram uma capacidade para experimentar o mesmo.

2 – O sentimento de culpa no ponto de sua origem no desenvolvimento emocional do indivíduo.

3 – O sentimento de culpa como um aspecto que se distingue pela sua ausência em certas pessoas.

Finalmente me referirei à perda e recuperação da capacidade de sentir culpa.

1– A capacidade presumida de sentimento de culpa

Como se apresenta o conceito de culpa na teoria psicanalítica? Penso que estou certo ao afirmar que os trabalhos de Freud neste campo estavam relacionados com as vicissitudes do sentimento de culpa naqueles indivíduos em que a capacidade de sentir culpa era tida como certa. Mencionarei por isso algo sobre o ponto de vista de Freud acerca do significado da culpa para o inconsciente na normalidade e a psicopatologia do sentimento de culpa.

Os trabalhos de Freud revelam como a verdadeira culpa se situa na intenção inconsciente. O crime verdadeiro não é a causa do sentimento de culpa; é antes o resultado desta culpa, culpa que pertence à intenção criminosa. Somente a culpa legal se relaciona com o crime; a culpa moral se relaciona com a realidade interna. Freud conseguiu achar sentido neste paradoxo. Nas suas formulações teóricas iniciais ele estava interessado no id, nome pelo qual ele se referia aos impulsos instintivos, e no ego, nome pelo qual ele chamava aquela parte do eu total que se relaciona com o ambiente. O ego modifica o ambiente para conseguir satisfações para o id, e freia impulsos do id para que o ambiente possa oferecer o máximo de vantagens, do mesmo modo para satisfação do id. Mais tarde (1923) Freud usou o termo superego para denominar o que é aceito pelo ego para uso no controle do id.

Freud aí lida com a natureza humana em termos de *economia*, simplificando o problema deliberadamente com o propósito de estabelecer uma formulação teórica. Existe um determinismo implícito em todo esse trabalho, a premissa de que a natureza humana pode ser examinada objetivamente e que podem ser aplicadas a ela as leis que são conhecidas em Física. Em termos de ego-id o sentimento de culpa é pouco mais do que *ansiedade com uma qualidade especial*, ansiedade sentida por causa do conflito entre amor e ódio. O sentimento de culpa implica a tolerância da

ambivalência. Não é difícil aceitar a relação íntima entre culpa e o conflito pessoal que se origina do amar e odiar coincidentes, porém Freud foi capaz de remontar o conflito às suas raízes e demonstrar que os sentimentos são aqueles associados com a vida instintiva. Como é bem conhecido agora, Freud descobriu na análise de adultos (mais neuróticos do que psicóticos) que ele retornava regularmente à primeira infância do paciente, à ansiedade intolerável, e ao choque entre amor e ódio. Nos termos mais simples do complexo de Édipo, um menino *normalmente* chegava a um relacionamento com sua mãe em que era envolvido o instinto e em que o sonho continha um relacionamento amoroso com ela. Isso levava ao sonho da morte do pai, que por sua vez levava ao medo do pai e ao medo de que o pai fosse destruir o potencial instintivo da criança. Isso é designado como complexo de castração. Ao mesmo tempo havia o amor do menino pelo pai e seu respeito por ele. O conflito do menino entre a parte de sua natureza que o fazia odiar e querer ferir seu pai, e o outro lado com o qual o amava, envolvia o menino no sentimento de culpa. A culpa implicava que o menino poderia tolerar e conter o conflito, que era na verdade um conflito inerente, um conflito que pertence à vida normal.

Tudo isso é muito simples, exceto pelo fato de apenas através de Freud se reconhecer que normalmente o clímax da ansiedade e da culpa tem uma data; quer dizer, tem uma situação inicial vitalmente importante - a criança pequena com seus instintos biologicamente determinados vivendo na família e experimentando a primeira relação triangular. (Este conceito é simplificado de propósito, e não farei aqui nenhuma referência ao complexo de Édipo em termos de relacionamento entre irmãos, nem qualquer conceituação do equivalente ao complexo de Édipo numa criança criada longe de seus pais ou em uma instituição.)

No conceito psicanalítico inicial há pouca referência aos objetivos destrutivos do impulso amoroso, ou aos impulsos agressivos que somente na normalidade se tornam inteiramente fundidos com o erótico. Isso tudo necessitou eventualmente ser trazido na teoria da origem da culpa, e examinarei esses desenvolvimentos mais tarde. No primeiro conceito a culpa se origina do choque do amor com o ódio, um choque que é inevitável se amar tem de incluir o elemento instintivo que faz parte dele. O protótipo ocorre na idade pré-escolar. Todos os psicanalistas estão familiarizados em seu trabalho com a substituição de sintomas pelo desenvolvimento mais normal, um sentimento de culpa, e uma consciência aumentada e a aceitação do conteúdo da fantasia que faz o sentimento de culpa lógico. Quão ilógico o sentimento de culpa pode parecer! Na *Anatomy of Melancholy* de Burton há uma boa compilação de casos ilustrando os absurdos do sentimento de culpa. Em análises prolongadas e profundas os pacientes se sentem culpados sobre cada coisa e sobre tudo, e mesmo sobre fatores ambientais adversos que podem ser facilmente discernidos como fenômenos casuais. Eis uma simples ilustração: um menino de oito anos de idade se tornou progressivamente ansioso, e eventualmente fugiu da escola. Verificou-se estar sofrendo de um sentimento de culpa intolerável por causa da morte de um irmão que ocorreu alguns anos *antes de seu próprio nascimento*. Ele tinha recentemente ouvido sobre isso, e os pais não tinham idéia de que ele estava perturbado pelas notícias. Neste caso não foi necessário para o menino ter uma análise prolongada. Em poucas

entrevistas terapêuticas ele se deu conta de que o incapacitante sentimento de culpa que sentia sobre essa morte era um deslocamento do complexo de Édipo. Ele era um menino razoavelmente normal; com esta ajuda foi capaz de retornar à escola, e seus sintomas desapareceram.

O SUPEREGO

A introdução do conceito de superego (1923) foi um grande passo à frente na evolução inevitavelmente lenta da metapsicologia psicanalítica. Freud tinha feito esse trabalho pioneiro ele próprio, agüentando o impacto do mundo perturbado por ele ter chamado a atenção para a vida instintiva das crianças. Gradualmente outros pesquisadores adquiriram experiência no uso da técnica e Freud já tinha muitos colegas na ocasião em que usou o termo superego. Com este novo termo, Freud estava indicando que o ego, ao lidar com o id, empregava certas forças que mereciam um nome. A criança adquiria gradativamente forças de controle. Na simplificação do complexo de Édipo, o menino introjetava o pai respeitado e temido, e por isso levava com ele forças de controle baseadas no que a criança percebia e sentia em seu pai. Esta figura paterna introjetada era altamente subjetiva, e colorida pela experiência da criança com figuras paternas outras além do pai verdadeiro e também pelos padrões culturais da família. (A palavra introjeção simplesmente significava uma aceitação mental e emocional, e este termo evitava as implicações mais funcionais da palavra incorporação.) Um sentimento de culpa, portanto, implica que o ego está se conciliando com o superego. A ansiedade amadureceu rumo à culpa.

Aqui no conceito de superego se pode ver a premissa de que a gênese da culpa é uma questão de realidade interna, ou que a culpa reside na intenção. É aqui que ocorre também a razão mais profunda pelo sentimento de culpa relacionada à masturbação e às atividades auto-eróticas em geral. A masturbação em si não é crime, ainda assim na fantasia total da masturbação se reúnem todas as intenções conscientes e inconscientes.

Desta conceituação muito simplificada da psicologia do menino, a psicanálise podia começar a estudar e a examinar o desenvolvimento do superego tanto nos meninos como nas meninas, e também as diferenças que sem dúvida existem no homem e na mulher com respeito à formação do superego, no padrão da consciência, e no desenvolvimento da capacidade do sentimento de culpa. A partir do conceito de superego muito se desenvolveu. A idéia de introjeção da figura paterna resultou ser demasiado simples. Há uma história precoce do superego em cada indivíduo: a introjeção pode se tornar humana e semelhante ao pai, mas nos estágios iniciais os introjetos do superego, utilizados para controle dos impulsos e produções do id, são sub-humanos, e na verdade primitivos em grau máximo. Por isso nos vemos estudando o sentimento de culpa em cada lactente e criança, como ele se desenvolve de um modo cru de algo semelhante ao relacionamento de um ser humano reverenciado, um que pode compreender e perdoar. (Tem sido sugerido que há um paralelo entre o

amadurecimento do superego da criança e o desenvolvimento do monoteísmo como é expresso na história precoce dos judeus.)

Por todo o tempo em que conceituamos o processo que ocorre sob o sentimento de culpa mantemos em mente o fato de que este, mesmo quando inconsciente e aparentemente irracional, implica um certo grau de crescimento emocional, normalidade do ego, e esperança.

A PSICOPATOLOGIA DO SENTIMENTO DE CULPA

É comum encontrar pessoas que são sobrecarregadas por um sentimento de culpa e na verdade bloqueadas por ele. Elas o carregam como uma carga nas costas como a dos cristãos no *Pilgrim's Progress*. Nós sabemos que estas pessoas têm um potencial esforço construtivo. Muitas vezes, quando se deparam com uma oportunidade adequada para trabalho construtivo, o sentimento de culpa não mais as bloqueia e elas se saem excepcionalmente bem; mas uma falha na oportunidade pode levar à volta do sentimento de culpa intolerável e inexplicável. Estamos lidando aqui com anormalidades do superego. Em uma análise bem sucedida de indivíduos que são oprimidos por um sentimento de culpa, vemos uma diminuição gradativa desta carga. Essa diminuição da carga do sentimento de culpa se segue à diminuição da repressão, ou à aproximação do paciente ao complexo de Édipo e a uma aceitação da responsabilidade por todo o ódio e amor que isto envolve. Isso não significa que o paciente perca a capacidade de um sentimento de culpa (exceto em alguns casos onde pode ter havido um desenvolvimento de um falso superego baseado em um modo anormal da intrusão de uma influência autoritária muito poderosa derivada do ambiente nos primeiros anos).

Podemos estudar esses excessos do sentimento de culpa em indivíduos que passam por normais, e que na verdade estão entre os membros mais valiosos da sociedade. É fácil, contudo, pensar em termos de doença, e as duas doenças que devem ser consideradas são a melancolia e a neurose obsessiva. Há uma inter-relação entre essas duas doenças, e encontramos pacientes que alternam entre uma e outra.

Na neurose obsessiva, o paciente está sempre tentando acertar alguma coisa; mas fica muito claro para os observadores, e talvez para o paciente, que ele não terá êxito nenhum. Sabemos que Lady Macbeth não pode desfazer o passado e escapar às suas intenções malignas só por lavar as mãos. Na neurose obsessiva muitas vezes verificamos um ritual que é como uma caricatura da religião, como se o Deus da religião estivesse morto ou temporariamente inatingível. O pensamento obsessivo pode ser um aspecto onde cada tentativa é feita para anular uma idéia com uma outra, nada acontecendo, contudo. Além do processo todo está a confusão, e não importa quanto o paciente possa ser organizado que ele não consegue alterar essa confusão, porque ela é mantida; é inconscientemente mantida para ocultar algo muito simples; especificamente, o fato de, em alguma situação específica da qual o paciente não é consciente, o ódio foi mais poderoso do que o amor.

Citarei o caso de uma menina que não podia ir à praia porque via nas ondas alguém pedindo socorro. Uma culpa intolerável a fazia ir a distâncias absurdas para conseguir alguém que viesse vigiar e resgatar. O absurdo do sintoma podia ser demonstrado pelo fato de que ela não podia tolerar nem sequer uma figura de cartão-postal da costa marítima. Se visse uma em uma vitrina, tinha que descobrir quem havia batido a fotografia, porque veria alguém se afogando, e teria que organizar o salvamento a despeito do fato de saber perfeitamente bem que a fotografia tinha sido tirada há meses e mesmo anos antes. Essa menina muito doente eventualmente se tornou capaz de vir a ter uma vida razoavelmente normal, muito menos incapacitada por esse sentimento de culpa irracional; mas o tratamento foi, por necessidade, de longa duração.

A melancolia é uma forma organizada do estado de depressão ao qual quase todas as pessoas estão sujeitas. O paciente melancólico pode ser paralisado por um sentimento de culpa, e pode se sentar anos a fio se acusando de ter causado a guerra mundial. Nenhum argumento produz efeito. Quando é possível se fazer a análise de tal caso, se verifica que esse abarcar em si mesmo a culpa de todas as pessoas do mundo dá lugar, no tratamento do paciente, ao medo de que o ódio seja maior que o amor. A doença é uma tentativa de fazer o impossível. O paciente absurdamente assume a responsabilidade por desastres generalizados, mas assim fazendo evita entrar em contato com sua destrutividade pessoal.

Uma menina de cinco anos de idade reagiu com uma depressão profunda à morte de seu pai, que ocorreu em circunstâncias incomuns. O pai tinha comprado um carro na ocasião em que a menina estava atravessando uma fase na qual estava tanto odiando como amando seu pai. Ela estava, na verdade, sonhando com a morte dele, e quando o pai propôs um passeio de carro ela lhe implorou que não fosse. Ele insistiu em ir, uma vez que é natural que tais crianças sejam sujeitas a esses pesadelos. A família saiu para um passeio, e ocorreu que tiveram um acidente; o carro capotou e a menina foi a única que não se feriu. Ela se dirigiu a seu pai que jazia na rodovia e bateu nele com o pé para acordá-lo. Mas ele estava morto. Pude observar essa criança através de sua séria doença depressiva, em que ela tinha uma apatia quase total. Por horas ela se manteve de pé em minha sala sem nada acontecer. Um dia ela chutou a parede muito delicadamente com o mesmo pé que tinha usado para chutar seu pai para acordá-lo. Eu podia pôr em palavras o seu desejo de acordar o pai que ela amava, embora ao chutá-lo ela também estivesse expressando raiva. No momento em que chutou a parede ela gradualmente retornou à vida, e depois de mais ou menos um ano foi capaz de retornar à escola e levar uma vida normal.

Foi possível ter uma compreensão intuitiva da culpa inexplicável e das doenças obsessivas e melancólicas fora da psicanálise. Provavelmente é verdade que somente através do instrumento de Freud, da psicanálise e seus derivados, se tornou possível para nós auxiliar indivíduos que são sobrecarregados pelo sentimento de culpa e descobrir a verdadeira origem desse sentimento em nossa própria natureza. O sentimento de culpa, visto deste modo, é uma forma especial de ansiedade associada à ambivalência, ou da coexistência de amor com ódio. Mas a ambivalência e a tolerância dela pelo indivíduo implicam considerável grau de crescimento e normalidade.

2 - Culpa em seu ponto de origem

Chego agora ao estudo do ponto de origem desta capacidade para o sentimento de culpa, um ponto que existe em cada indivíduo. Melanie Klein (1935) chamou a atenção dos psicanalistas para um estágio muito importante no desenvolvimento emocional, ao qual ela deu o nome de "posição depressiva". O seu trabalho sobre a origem da capacidade para o sentimento de culpa no indivíduo humano é um resultado importante da aplicação continuada do método de Freud. Não é possível enumerar as complexidades do conceito de posição depressiva em uma palestra como esta, mas tentarei uma conceituação.

Deve-se notar que enquanto os trabalhos mais precoces da psicanálise lidaram com o conflito entre o ódio e o amor, especialmente em situações triangulares ou a três pessoas, Melanie Klein mais especialmente desenvolveu a idéia do conflito em um relacionamento simples a duas pessoas, do lactente com a mãe, conflito originado das idéias destrutivas que acompanham o impulso amoroso. Naturalmente a data da versão original deste estágio do desenvolvimento individual é anterior à data do complexo de Édipo. Muda-se a ênfase. No trabalho anterior a ênfase estava na satisfação que o lactente obtinha da experiência instintiva. Agora a ênfase muda para o objeto, do modo que este gradativamente aparece. Quando a Sra. Klein afirma que o lactente objetiva romper impiedosamente a mãe para tirar dela tudo que ele sente ser bom, ela naturalmente não está negando o simples fato de que a experiência instintiva traz satisfação. Nem foi objetivo inteiramente negligenciado nas formulações psicanalíticas anteriores. Klein desenvolveu a idéia, contudo, de que o impulso amoroso primitivo tinha um objetivo agressivo; sendo impiedoso, levava consigo uma quantidade variada de idéias destrutivas não-perturbadas pela preocupação. Essas idéias podem ser muito restritas no começo, mas o lactente que estamos observando e cuidando não precisa ter muitos meses de idade antes que possamos estar bem certos de poder perceber também os primórdios do interesse – interesse e preocupação com os resultados dos momentos instintivos que fazem parte do amor em desenvolvimento pela mãe. Se a mãe se comporta daquele modo altamente adaptativo que ocorre naturalmente ela é capaz de proporcionar muito tempo para a criança se conciliar com o fato de que o objeto de seu ataque impiedoso é ela própria, a mesma pessoa que é responsável pela situação de cuidado total com o lactente. Pode-se ver que o lactente tem duas preocupações: uma com o efeito do ataque na mãe, e a outra com o resultado em seu próprio eu, conforme haja uma predominância de satisfação ou de frustração e raiva. (Usei a expressão impulso amoroso primitivo, mas nas obras de Klein a referência é à agressão, que é associada às frustrações que inevitavelmente perturbam a satisfação instintiva à medida que a criança começa a ser afetada pelas exigências da realidade.)

Aqui muito tem que ser presumido. Por exemplo, presumimos que a criança está se tornando uma unidade, e se tornando capaz de perceber a mãe como uma pessoa. Presumimos também uma capacidade de reunir os componentes instintivos agressivos e eróticos em uma experiência sádica, bem como uma capacidade de en-

contrar um objeto no ápice da excitação instintiva. Todos esses desenvolvimentos podem fracassar nos estágios iniciais, naqueles estágios que fazem parte do início da vida após o nascimento, e que dependem da mãe e do cuidado natural desta para com seu lactente. Quando falamos da origem do sentimento de culpa, presumimos um desenvolvimento normal nos estágios iniciais. No que é chamado de posição depressiva, o lactente não é tão dependente da simples habilidade da mãe de envolver o nenê, que era sua característica nos estágios iniciais, como da sua habilidade de sustentar a situação de cuidado do lactente por um período de tempo durante o qual este pode ter experiências complexas. Se há tempo – talvez umas poucas horas – o lactente é capaz de solucionar os resultados da experiência instintiva. A mãe, estando ali, pode estar pronta para receber e compreender se o lactente tem o impulso natural de dar ou de reparar. Neste estágio em particular o lactente não é capaz de lidar com uma sucessão de lembranças ou com a ausência prolongada da mãe. A criança necessita de oportunidade para fazer reparações e restituições, se é que o sadismo oral vai ser aceito pelo ego imaturo; é essa a segunda contribuição de Klein a esta área.

Bowlby (1958) esteve particularmente interessado em fazer o público se dar conta da necessidade que tem cada criança pequena de um certo grau de estabilidade e continuidade nos relacionamentos externos. No século dezessete Richard Burton pôs entre as causas de melancolia: "causas não-necessárias, externas, adventícias, ou acidentais: como da ama-seca". Ele pensava parcialmente em termos da passagem de coisas nocivas da ama-seca através do leite, mas não inteiramente. Por exemplo, ele cita Aristóteles que afirma "(. . .) não recorreria a uma ama-seca para cuidar de uma criança; cada mãe devia criar a sua em qualquer condição em que ela estivesse: (. . .) a mãe será mais cuidadosa, amorosa e prestativa do que qualquer mulher servil, ou do que qualquer dessas empregadas; com isso todo o mundo concorda (. . .)"

A observação da origem da preocupação é vista melhor na análise de uma criança ou de um adulto do que pela direta observação do lactente. Ao formular essas teorias necessitamos naturalmente levar em conta distorções e sofisticações que resultam do recordar, que é inerente à situação analítica. Podemos, contudo, ter uma visão em nosso trabalho deste desenvolvimento mais importante do indivíduo humano, a origem da capacidade para um sentimento de culpa. Gradativamente, à medida que a criança descobre que a mãe sobrevive e aceita seu gesto restitutivo, torna-se capaz de aceitar responsabilidades pela fantasia total do impulso instintivo global que era impiedoso previamente. A crueldade cede lugar à piedade, e a despreocupação à preocupação. (Esses termos se referem ao desenvolvimento inicial.)

Em análise poderia se dizer: "não dou a mínima" dá lugar ao sentimento de culpa. Há um crescimento gradativo no sentido deste ponto. Nenhuma experiência mais fascinante espera pelo analista do que a observação do crescimento gradativo da capacidade do indivíduo de tolerar os elementos agressivos no seu impulso amoroso primitivo. Como disse, isto envolve o reconhecimento gradativo da diferença entre fato e fantasia, da capacidade da mãe para sobreviver ao momento instintivo, e assim estar lá para receber e compreender o gesto reparador verdadeiro.

Como é fácil de se compreender, esta importante fase do desenvolvimento é composta de inúmeras repetições distribuídas através de um certo período de tempo.

Há um círculo benigno de (1) experiência instintiva, (2) aceitação de responsabilidade que se chama culpa, (3) uma resolução ou elaboração, e (4) um gesto restitutivo verdadeiro. Isto pode ser revertido a um círculo maligno se algo falha em qualquer ponto, caso em que verificamos a dissolução da capacidade para o sentimento de culpa e sua substituição pela inibição do instinto ou alguma outra forma de defesa, tal como o *splitting* de objetos bons e maus, etc. Perguntar-se-á: a que idade do desenvolvimento normal da criança pode-se dizer que a capacidade para o sentimento de culpa se estabelece? Sugiro que estamos falando sobre o primeiro ano da vida do lactente, e de fato sobre o período todo em que o lactente está tendo claramente um relacionamento humano a duas pessoas com a mãe. Não há necessidade de proclamar que essas coisas acontecem muito cedo, embora possivelmente seja assim. Ao redor dos seis meses pode-se ver um lactente tendo uma psicologia altamente complexa, e é possível que o *começo* da posição depressiva se encontre nessa idade. Há dificuldades imensas em fixar a data da origem do sentimento de culpa no lactente normal, embora seja uma questão de grande interesse procurar a resposta; o trabalho real da análise não é afetado por este ponto.

Não poderei descrever nesta palestra uma grande parte do trabalho de Melanie Klein, embora seja relevante. Particularmente ela enriqueceu nossa compreensão da relação complexa entre fantasia e o conceito de Freud de realidade interna, um conceito que era claramente derivado da Filosofia. Klein estudou a inter-relação do que é sentido pelo lactente como sendo benigno ou malévolo em termos de forças ou objetos dentro de si próprio. Esta terceira contribuição que ela fez nesta área particular atinge o problema da eterna luta dentro da natureza interna do homem. Através do estudo do crescimento da realidade interna do lactente e da criança, obtemos uma visão da razão por que existe uma relação entre os conflitos internos que se revelam na religião e em formas de arte e o estado de ânimo deprimido ou a doença melancólica. No centro está a dúvida, dúvida com relação ao resultado da luta entre as forças do bem e do mal, ou, em termos psiquiátricos, entre os elementos benignos e persecutórios dentro e fora da personalidade. Na posição depressiva no desenvolvimento emocional de um lactente ou de um paciente, verificamos o surgimento do bem e do mal de acordo com o fato das experiências instintivas serem satisfatórias ou frustrantes. O bom se torna protegido do mal, e um padrão pessoal altamente complexo se estabelece como um sistema de defesa contra o caos de dentro e de fora.

No meu ponto de vista pessoal o trabalho de Klein possibilitou à teoria psicanalítica começar a incluir a idéia de um *valor* no indivíduo, enquanto que na psicanálise anterior este conceito era exposto em termos de *saúde* ou *má saúde* neurótica. Valor está intimamente ligado à capacidade para o sentimento de culpa.

3 - O sentimento de culpa quando se distingue por sua ausência

Cheguei agora à terceira parte de minha palestra, em que me referirei brevemente à falta de sentimento moral. Sem dúvida, em parte das pessoas há uma falta

da capacidade para o senso de culpa. O extremo desta incapacidade para preocupação deve ser raro. Mas não é raro encontrar indivíduos que tiveram um desenvolvimento sadio apenas em parte, e que em parte são incapazes de atingir preocupação ou sentimento de culpa, ou mesmo remorso. Tem-se tentado aqui remontar, para uma explicação, ao fator constitucional, que naturalmente não pode ser ignorado. Contudo, a psicanálise oferece outra explicação. É a de que aqueles aos quais falta um senso moral não tiveram nos estágios iniciais do seu desenvolvimento a situação emocional e física que lhes teria possibilitado desenvolver uma capacidade para o sentimento de culpa.

Deve-se compreender que não estou negando que cada lactente leva consigo uma tendência no sentido do desenvolvimento de culpa. Dadas certas condições de saúde e cuidado físico, caminhar e falar aparecem porque chegou o tempo para esses desenvolvimentos. No caso do desenvolvimento da capacidade do sentimento de culpa, as condições ambientais necessárias são, contudo, de ordem muito mais complexa, compreendendo na verdade tudo que é natural e consistente no cuidado do lactente e da criança. Não devemos procurar o sentimento de culpa nos estágios iniciais do desenvolvimento emocional do indivíduo. O ego não é suficientemente forte e organizado para aceitar as responsabilidades pelos impulsos do id, e a dependência é quase absoluta. Se há um desenvolvimento satisfatório nos estágios iniciais, surge uma integração do ego que torna possível o início da capacidade de se preocupar. Gradativamente, em circunstâncias favoráveis, a capacidade do sentimento de culpa se constrói no indivíduo com respeito à sua mãe, e isso está intimamente relacionado com a oportunidade de reparação. Quando se estabelece a capacidade de preocupação, o indivíduo começa a se situar na posição de experimentar o complexo de Édipo, e de tolerar a ambivalência que é inerente ao estágio posterior em que a criança, se madura, está envolvida em relacionamentos triangulares entre pessoas humanas plenamente desenvolvidas.

Neste contexto não faço mais do que reconhecer o fato de que em algumas pessoas, ou em parte delas, há um impedimento do desenvolvimento emocional nas fases iniciais, e conseqüentemente uma ausência de senso moral. Onde há uma falta de senso moral pessoal o código moral inculcado se torna necessário, mas a socialização resultante é instável.

O ARTISTA CRIATIVO

É interessante reparar que o artista criativo é capaz de chegar a um tipo de socialização que obvia a necessidade do sentimento de culpa e a atividade reparativa e restitutiva associada que forma a base do trabalho construtivo habitual. O artista ou pensador criativo pode, na verdade, falhar em compreender, ou pode mesmo desprezar, o sentimento de preocupação que motiva uma pessoa menos criativa; e dos artistas se pode dizer que alguns não têm capacidade de sentir culpa e ainda assim atingiram uma socialização através de seu talento excepcional. As pessoas habitualmente governadas pelo sentimento de culpa acham isso surpreendente; ainda assim tenho um respeito sub-reptício pela falta de piedade que leva de fato, em tais circunstâncias, a conseguir mais do que o trabalho orientado pela culpa.

PERDA E RECUPERAÇÃO DO SENTIMENTO DE CULPA

Em nosso controle das crianças e adultos anti-sociais podemos observar a perda e recuperação da capacidade do sentimento de culpa, e muitas vezes estamos em posição de avaliar as variações da consistência do ambiente que produzem esses efeitos. É neste ponto da perda e recuperação do sentimento de culpa que podemos estudar a delinqüência e a recidiva. Freud escreveu em 1915 (se referindo a atos adolescentes e pré-adolescentes, tais como roubos, fraudes e contravenções em pessoas que se tornaram eventualmente socialmente ajustadas): "O trabalho analítico (. . .) leva à surpreendente descoberta de que tais ações foram feitas principalmente *por causas*" (itálicos meus) "que eram proibidas, e porque sua execução foi acompanhada por alívio mental por quem o fez. Ele estava sofrendo de um sentimento de culpa opressivo, do qual não sabia a origem, e após praticar uma má ação essa opressão foi aliviada. Este sentimento de culpa estava pelo menos ligado a alguma coisa" (Freud, 1915, p. 332). Embora Freud estivesse se referindo a estágios posteriores do desenvolvimento, o que ele escreveu se aplica também a crianças.

Partindo de nosso trabalho analítico podemos, a grosso modo, dividir o comportamento anti-social em dois tipos. O primeiro é comum e intimamente ligado a rebeldia habitual das crianças sadias. Em termos de comportamento a queixa é a de roubo, mentira, destrutividade e enurese noturna. Verificamos repetidamente que esses atos são feitos em uma tentativa inconsciente de gerar mais sentimento de culpa. A criança ou o adulto não podem chegar à origem de um sentimento de culpa que é intolerável, e o fato desse sentimento não poder ser explicado origina uma sensação de loucura. A pessoa anti-social consegue alívio ao divisar um crime limitado que está apenas de modo disfarçado na natureza do crime, na fantasia reprimida, que faz parte do complexo de Édipo original. Isto é o mais próximo que uma pessoa anti-social pode chegar da ambivalência que faz parte do complexo de Édipo. No início o crime substituto ou delinqüência não é satisfatório para o delinqüente, mas quando repetido compulsivamente ele adquire características de ganho secundário e assim se torna aceitável para o *self* da pessoa. Nosso tratamento tem mais oportunidade de ser efetivo quando podemos aplicá-lo antes que os ganhos secundários se tornem importantes. Nesta, a variante mais comum de comportamento anti-social não é tanto a culpa que é reprimida como a fantasia que explica a culpa.

Em contraste, nos episódios anti-sociais mais sérios e mais raros, é precisamente a capacidade do sentimento de culpa que foi perdida. Aí encontramos os piores crimes. Encontramos o criminoso envolvido numa tentativa desesperada de se sentir culpado. É improvável que ele alguma vez venha a ter êxito. Para desenvolver a capacidade do sentimento de culpa, tal pessoa precisa encontrar um ambiente de tipo

especializado; na verdade, precisamos prover para ele um ambiente que corresponda ao que normalmente é necessitado por um lactente imaturo. É notoriamente difícil prover tal ambiente, que deve estar capacitado para tolerar todas as tensões resultantes da falta de consideração e impulsividade. Estamos lidando com um lactente, mas com um que tem a força e a astúcia de uma criança mais velha ou mesmo de um adulto.

No manejo do tipo mais comum em que há um comportamento anti-social somos freqüentemente capazes de produzir uma cura pelo rearranjo do meio, baseando o que fazemos na compreensão do que recebemos de Freud.

Darei um exemplo, o do menino que estava roubando na escola. O diretor, ao invés de puni-lo, reconheceu que ele estava doente e recomendou uma consulta psiquiátrica. Esse menino de nove anos de idade estava às voltas com uma privação que era parte de uma idade anterior, e o que necessitava era de um período em casa. Sua família tinha se reunido e isso lhe dava uma nova esperança. Verifiquei que o menino tinha estado com a compulsão de roubar, ouvindo uma voz que lhe ordenava que o fizesse, a voz de um feiticeiro. Em casa ele ficou doente, infantil, dependente, enurético e apático. Seus pais satisfizeram suas necessidades e lhe permitiram ficar doente. Ao final foram recompensados por ele ter uma recuperação espontânea. Depois de um ano foi capaz de retornar ao internato, e a recuperação resultou duradoura.

Seria fácil ter desviado esse menino do caminho que o levou à recuperação. Naturalmente, ele estava inconsciente da solidão e vazio intoleráveis que eram subjacentes à sua doença, e que o fizeram adotar um feiticeiro no lugar de uma organização mais natural do superego; a solidão fazia parte do tempo da separação de sua família, quando tinha cinco anos de idade. Se tivesse sido espancado, ou se o diretor lhe tivesse dito que ele deveria se sentir malvado, ele teria se endurecido e organizado uma identificação mais completa com o feiticeiro; tornar-se-ia então incontrolável e arrogante e eventualmente uma pessoa anti-social. Esse é um tipo comum de caso em psiquiatria de crianças; eu o escolhi simplesmente porque é um caso publicado e pode-se fazer uma referência a ele para detalhes adicionais (Winnicott, 1953).

Não podemos esperar curar muitos daqueles que se tornaram delinqüentes, mas podemos esperar compreender como prevenir o desenvolvimento da tendência anti-social. Podemos pelo menos evitar interromper o relacionamento em desenvolvimento entre a mãe e o nenê. Além disso, aplicando esses princípios à criação habitual das crianças, podemos verificar a necessidade de certa rigidez no controle quando o sentimento de culpa próprio da criança ainda é primitivo ou incipiente; por proibições limitadas damos oportunidade àquela rebeldia limitada que consideramos sadia e que contém muito da espontaneidade da criança.

Mais do que ninguém foi Freud quem possibilitou a compreensão do comportamento anti-social e do crime como uma *seqüela* de uma intenção criminosa inconsciente, e como um sintoma de uma falha no cuidado da criança. Sugiro que ao expor essas idéias e demonstrando como podemos testá-las e utilizá-las Freud fez uma contribuição à psicologia social que pode ter amplas conseqüências.

A capacidade para estar só[1] (1958) 2

Quero aqui examinar a capacidade do indivíduo ficar só, partindo do pressuposto de que esta capacidade é um dos sinais mais importantes do amadurecimento do desenvolvimento emocional.

Em quase todos os nossos tratamentos psicanalíticos há ocasiões em que a capacidade de ficar só é importante para o paciente. Clinicamente isto se pode representar por uma fase de silêncio, ou uma sessão silenciosa, e esse silêncio, longe de ser evidência de resistência, representa uma conquista por parte do paciente. Talvez tenha sido esta a primeira vez que o paciente tenha tido a capacidade de realmente ficar só. É para este aspecto da transferência no qual o paciente fica só na sessão analítica que eu quero chamar a atenção.

Não há dúvida que na literatura psicanalítica tem-se escrito mais sobre o *medo* de ficar só, ou o *desejo* de ficar só, do que sobre a capacidade de fazê-lo; também tem sido escrita uma quantidade considerável de artigos sobre o estado de reclusão, uma organização defensiva significando uma expectativa de perseguição. Parece-me que a discussão dos aspectos *positivos* da capacidade de ficar só ainda está por ser feita. Na literatura provavelmente já houve tentativas de especular especificamente sobre essa capacidade; contudo, não estou informado delas. Desejo fazer uma referência ao conceito de Freud (1914) sobre a *relação anaclítica* (cf. Winnicott, 1956a).

1 – Baseado em um artigo lido em uma reunião extracientífica da Sociedade Britânica de Psicanálise, em 24 de julho de 1957, e publicado pela primeira vez no *Int. J. Psycho-Anal.*, 39, p. 416-20.

RELACIONAMENTO A DUAS E A TRÊS PESSOAS

Desde Rickman pensamos em termos de relacionamento a duas pessoas (diádicas ou bipessoais) e a três pessoas (triádicas ou tripessoais). Freqüentemente nos referimos ao complexo de Édipo como um estágio no qual as relações triádicas dominam o campo da experiência. Qualquer tentativa de descrever o complexo de Édipo em termos de duas pessoas fracassa. Contudo, relações diádicas existem, e pertencem a estágios relativamente mais precoces na vida do indivíduo. A relação diádica inicial é aquela entre a criança e a mãe ou mãe substituta, antes que qualquer característica da mãe tenha-se diferenciado e moldado na imagem de pai. O conceito kleiniano sobre a posição depressiva pode ser descrito em termos de relação diádica, e é provavelmente verdade que a relação diádica é uma característica essencial do conceito.

Após raciocinar em termos de relações tripessoais e bipessoais é natural se considerar um estágio ainda anterior, em termos de relação unipessoal ou individual. O narcisismo seria a relação unipessoal, individual, tanto na forma precoce de narcisismo secundário, como do próprio narcisismo primário. Sugiro que esse salto da relação diádica à relação individual não pode, de fato, ser feito sem violação do muito que verificamos no nosso trabalho analítico e na observação direta de mães e crianças.

FICAR REALMENTE SÓ

Verificar-se-á que ficar realmente só não é do que estamos falando. A pessoa pode estar num confinamento solitário, e ainda assim não ser capaz de ficar só. Quanto ela precisa sofrer está além da imaginação. Contudo, muitas pessoas se tornam capazes de apreciar a solidão antes de sair da infância, e podem mesmo valorizar a solidão como a sua possessão mais preciosa.

A capacidade de ficar só ou é um fenômeno altamente sofisticado, ao qual uma pessoa pode chegar em seu desenvolvimento depois do estabelecimento de relações triádicas, ou então é um fenômeno do início da vida que merece um estudo especial porque é a base sobre a qual a solidão sofisticada se constrói.

PARADOXO

O ponto principal dessa contribuição pode agora ser enunciado. Embora muitos tipos de experiência levem à formação da capacidade de ficar só, há um que é básico, e sem o qual a capacidade de ficar só não surge; *essa experiência é a de ficar só, como lactente ou criança pequena, na presença da mãe.* Assim, a base da capacidade de ficar só é um paradoxo; é a capacidade de ficar só quando mais alguém está presente.

Aqui está implícito um tipo muito especial de relação, aquela entre o lactente ou a criança pequena que está só, e a mãe ou mãe substituta que está de fato confiantemente presente, ainda que representada por um momento por um berço ou um carrinho de bebê, ou pela atmosfera geral do ambiente próximo. Gostaria de sugerir um nome especial para este tipo de relação.

Pessoalmente gostaria de usar a expressão *ligado ao ego*, que é conveniente pelo modo por que contrasta claramente com a expressão *em conexão com o id*, a qual é uma complicação repetitiva do que pode ser chamado vida do ego. Ligado ao ego se refere à relação entre duas pessoas, uma das quais está de qualquer modo só; talvez ambas estejam sós, ainda assim a presença de uma é importante para a outra. Considero que se se compara o sentido da palavra querer com o da palavra amar pode-se verificar que querer é um sentimento característico do ego, enquanto amar é um sentimento do id de forma crua ou sublimada. Antes de desenvolver essas duas idéias ao meu modo, gostaria de lembrar como pode ser possível se referir à capacidade de ficar só numa fraseologia psicanalítica bem estabelecida.

DEPOIS DO COITO

Talvez seja correto afirmar que após o coito satisfatório cada parceiro está só e contente de estar só. Ser capaz de apreciar estar só estando junto com outra pessoa que também está só é uma experiência normal. Falta de tensão no id pode produzir ansiedade, mas a integração na personalidade do sentido de tempo permite esperar pelo retorno natural da tensão do id, e apreciar a solidão compartilhada, isto é, aquela solidão relativamente livre da característica que nós chamamos reclusão.

CENA PRIMÁRIA

Pode-se afirmar que a capacidade individual de ficar só depende de sua capacidade de lidar com os sentimentos gerados pela cena primária. Na cena primária uma relação excitante entre os pais é percebida ou imaginada, e isso é aceito pela criança sadia e que é capaz de lidar com a raiva e aproveitá-la para a masturbação. Na masturbação a responsabilidade inteira pela fantasia consciente e inconsciente é aceita pela criança, que é a terceira pessoa numa relação triádica ou triangular. Tornar-se capaz de estar só nesta circunstância significa a maturidade do desenvolvimento erótico, a potência genital ou a aceitação correspondente na mulher; significa fusão de impulsos e idéias agressivas e eróticas, e a tolerância da ambivalência; junto com tudo isso estará naturalmente a capacidade por parte do indivíduo de se identificar com cada um de seus pais.

Uma afirmação neste ou em outros termos pode se tornar infinitamente complexa, visto que a capacidade de ficar só nesses termos é quase sinônimo de maturidade emocional.

OBJETO INTERNO BOM

Tentarei agora usar outra linguagem, que se origina do trabalho de Melanie Klein. A capacidade de ficar só depende da existência de um objeto bom na realidade psíquica do indivíduo. Um seio ou pênis interno bom ou uma relação interna boa estão suficientemente bem estabelecidas e defendidas pelo indivíduo (pelo menos na situação atual) para este se sentir confiante quanto ao presente e ao futuro. A relação do indivíduo com este objeto interno, junto com a confiança com relação às relações internas, lhe dá auto-suficiência para viver, de modo que ele ou ela fica temporariamente capaz de descansar contente mesmo na ausência de objetos ou estímulos externos. Maturidade e capacidade de ficar só significam que o indivíduo teve oportunidade através de maternidade suficientemente boa de construir uma crença num ambiente benigno. Essa crença se constrói através da repetição de gratificações instintivas satisfatórias.

Com essa linguagem nos referimos ao estágio do desenvolvimento do indivíduo anterior àquele que é descrito pelo complexo de Édipo. Contudo, um grau considerável de maturidade do ego é presumido. Presume-se a integração do indivíduo em uma unidade, caso contrário não faria sentido se referir ao interior e ao exterior, ou em dar um significado especial à fantasia interior. Em termos negativos: deve haver uma falta relativa de ansiedade persecutória. Em termos positivos: os objetos internos bons estão no mundo interno pessoal do indivíduo, e estão disponíveis para projeção no momento necessário.

FICAR SÓ NO ESTADO IMATURO

A pergunta que se faria neste ponto é a seguinte: Pode uma criança ou um lactente ficar só em um estágio tão precoce que a imaturidade do ego torne impossível a descrição de estar só na fraseologia que até agora vem sendo empregada? O ponto principal da minha tese é que nós necessitamos de uma maneira não-sofisticada de ficar sós, e que mesmo concordando com o fato da capacidade de ficar só ser uma sofisticação, a habilidade de estar realmente só tem sua base na experiência precoce de estar só na presença de alguém. Estar só na presença de alguém pode ocorrer num estágio bem precoce, *quando a imaturidade do ego é naturalmente compensada pelo apoio do ego da mãe.* À medida que o tempo passa o indivíduo introjeta o ego auxiliar da mãe e dessa maneira se torna capaz de ficar só sem apoio frequente da mãe ou de um símbolo da mãe.

"EU ESTOU SÓ"

Gostaria de focar este assunto de um modo diferente estudando a expressão "eu estou só".

Primeiro a palavra eu, indicando muito crescimento emocional. O indivíduo se estabeleceu como uma unidade. A integração é um fato. O mundo externo é repelido e um mundo interno se tornou possível. Isso é simplesmente uma afirmação topográfica da personalidade como um ser, como a organização do núcleo do ego. Neste ponto nenhuma referência é feita a viver. A seguir vêm as expressões "eu sou", representando um estágio no crescimento individual. Por essas palavras o indivíduo tem não só forma mas também vida. No começo do "eu sou" o indivíduo é, por assim dizer, cru, não defendido, vulnerável, potencialmente paranóide. O indivíduo só pode atingir o estágio do "eu sou" porque existe um meio que é protetor; o meio protetor é de fato a mãe preocupada com sua criança e orientada para as necessidades do ego infantil através da sua identificação com a própria criança. Não há necessidade de pressupor uma percepção da mãe de parte da criança neste estágio do "eu sou". A seguir vêm as palavras "eu estou só". De acordo com a teoria que estou expondo, esse estágio seguinte envolve uma apreciação por parte da criança da existência contínua de sua mãe. Com essas palavras não quero dizer necessariamente uma percepção com a mente consciente. Considero, contudo, que "estar só" é uma decorrência do "eu sou", dependente da percepção da criança da existência contínua de uma mãe disponível cuja consistência torna possível para a criança estar só e ter prazer em estar só, por períodos limitados. Nesse sentido estou tentando justificar o paradoxo de que a capacidade de ficar só se baseia na experiência de estar só na presença de alguém, e que sem uma suficiência dessa experiência a capacidade de ficar só não pode se desenvolver.

RELACIONAMENTO COM O EGO

Agora, se estou certo no que concerne a este paradoxo, é interessante examinar a natureza do relacionamento da criança com a mãe, que para os propósitos deste estudo chamei de relacionamento com o ego. Ver-se-á que atribuo grande importância a esse relacionamento, porque considero que ele é o substrato de que a amizade é feita. Pode ser que venha a ser também a *matriz da transferência.*

Há ainda outra razão pela qual atribuo importância especial a este assunto do relacionamento com o ego, mas para tornar o meu significado claro devo fazer uma digressão por um momento.

Acredito que seja geralmente aceito que o impulso do id só é significativo se contido na vivência do ego. O impulso do id ou perturba um ego fraco ou então fortifica um ego forte. Pode se dizer que a *relação com o id fortifica o ego quando ocorre em um contexto de relação com o ego.* Aceitando isso, a compreensão da importância da capacidade de ficar só se segue naturalmente. É somente quando só (isto é, na presença de alguém) que a criança pode descobrir sua vida pessoal própria. A alternativa patológica é a vida falsa fundamentada em reações a estímulos externos. Quando só no sentido em que estou usando o termo, e somente quando só, é a criança capaz de fazer o equivalente ao que no adulto chamamos relaxar. A criança tem a capaci-

dade de se tornar não-integrada, de devanear, de estar num estado em que não há orientação, de ser capaz de existir por um momento sem ser nem alguém que reage às contingências externas nem uma pessoa ativa com uma direção de interesse ou movimento. A cena está armada para uma experiência do id. Com o passar do tempo surge uma sensação ou um impulso. Nesse estado a sensação ou o impulso será sentida como real e será verdadeiramente uma experiência pessoal.

Ver-se-á agora por que é importante que haja alguém disponível, alguém presente, embora sem fazer exigências; tendo chegado o impulso, a experiência do id pode ser produtiva, e o objeto pode ser uma parte ou um todo da pessoa auxiliar, especificamente a mãe. É somente sob essas circunstâncias que a criança pode ter uma experiência que é sentida como real. Um grande número de tais experiências forma a base para uma vida que tem realidade em vez de futilidade. O indivíduo que desenvolveu a capacidade de ficar só está constantemente capacitado a redescobrir o impulso pessoal, e o impulso pessoal não é desperdiçado porque o estado de estar só é algo que (embora paradoxalmente) implica sempre que alguém também está ali.

Com o passar do tempo o indivíduo se torna capaz de dispensar a presença real da mãe ou figura materna. Isso tem sido denominado em termos do estabelecimento de um "meio interno". É mais primitivo que o fenômeno que merece o termo de "mãe introjetada".

CLÍMAX PERTENCENTE AO EGO

Gostaria de avançar um pouco mais na especulação relativa à relação com o ego e nas possibilidades da experiência dentro dessa relação, e considerar o conceito de *orgasmo do ego*. Naturalmente que estou consciente de que há essa coisa que é o orgasmo do ego; aqueles que estão inibidos na experiência instintiva tenderão a se especializar em tais orgasmos, de modo que haverá uma patologia na tendência ao orgasmo do ego. No momento gostaria de deixar de fora a consideração do patológico, não esquecendo a identificação do corpo inteiro com a parte objeto (falo), e somente perguntar se pode haver utilidade em pensar em *êxtase* como um orgasmo do ego. Na pessoa normal uma experiência altamente satisfatória como essa pode ser conseguida em um concerto ou no teatro ou em uma amizade que pode merecer um termo tal como o orgasmo do ego, que dirige atenção ao clímax e à importância do clímax. Poderia se pensar ser insensato usar a palavra orgasmo neste contexto; acho que ainda assim há lugar para a discussão do clímax que pode ocorrer em conexão com o ego satisfatório. Poderia se perguntar: quando uma criança está brincando, é o brinquedo todo uma sublimação do impulso do ego, ou do id? Poderia haver alguma utilidade em pensar que há uma diferença de *qualidade* bem como de *quantidade de id* quando se compara o brinquedo que é satisfatório com o instinto cruamente subjacente a este? O conceito de sublimação é universalmente aceito e tem grande valor, mas seria uma pena omitir a referência à grande diferença que existe entre um brinquedo feliz de criança e o brinquedo de crianças que ficam compulsivamente excitadas e que podem ser vistas bem próximas de uma experiência instintiva. É verdade que mesmo em um brinquedo feliz de uma criança tudo pode ser *interpretado* em termos do impulso do id; isso é possível porque nós falamos em termos de símbolos, e estamos em terreno seguro do nosso uso de simbolismos e na nossa compreensão de todo o brinquedo em termos de relações do id. Contudo, deixamos de lado algo vital se não nos lembramos que os brinquedos das crianças não são agradáveis quando complicados com excitações corporais com seus clímax físicos.

A criança considerada normal é capaz de brincar, ficar excitada quando brinca, e se sentir satisfeita com o brinquedo, sem se sentir ameaçada pelo orgasmo físico de excitação local. Em contraste, uma criança impedida de fazer alguma coisa, com tendência anti-social, ou qualquer criança com marcada inquietação maníaco-defensiva é incapaz de apreciar o brinquedo porque o corpo se torna fisicamente incluído. Há necessidade de um clímax físico, e a maioria dos pais sabe o momento em que nada traz um fim a um brinquedo excitante a não ser um tabefe que fornece um falso clímax, mas que é muito útil. Na minha opinião, se comparamos um brinquedo feliz de uma criança ou a experiência de um adulto em um concerto com a experiência sexual, a diferença é tão grande que não faria mal usar um termo diferente para a descrição das duas experiências. Qualquer que seja o simbolismo inconsciente, a quantidade da excitação física real é mínima em um tipo de experiência e máxima na outra. Podemos pagar tributo à importância da relação com o ego de *per si* sem desistir das idéias que jazem sob o conceito de sublimação.

Resumo

A capacidade de ficar só é um fenômeno altamente sofisticado e tem muitos fatores contribuintes. Está intimamente relacionada com a maturidade emocional.

A base da capacidade de ficar só é a experiência de estar só na presença de alguém. Neste sentido uma criança com uma organização fraca do ego pode ficar só por causa de um apoio de um ego consistente.

O tipo de relação que existe entre uma criança e o ego auxiliar da mãe merece um estudo especial. Embora outros termos tenham sido usados, sugiro o de relação com o ego, que poderia ser um bom termo para uso por agora.

No contexto da relação com o ego, conexões com o id ocorrem, e fortificam, em vez de perturbar, o ego imaturo.

Gradualmente, o ambiente auxiliar do ego é introjetado e construído dentro da personalidade do indivíduo de modo a surgir a capacidade de estar realmente sozinho. Mesmo assim, teoricamente há sempre alguém presente, alguém que é, no final das contas, equivalente, inconscientemente, à mãe, à pessoa que, nos dias e semanas iniciais, estava temporariamente identificada com seu lactente, e na ocasião não estava interessada em mais nada que não fosse seu cuidado.

Teoria do relacionamento paterno-infantil[1] (1960) 3

O tema principal deste estudo pode talvez ser melhor ventilado através de uma comparação do estudo da infância com o estudo da transferência psicanalítica.[2] Nunca será demais ressaltar que minha exposição se refere à infância e não primariamente à psicanálise. A razão pela qual isso deve ser compreendido leva à base desse tema. Se este estudo não contribuir construtivamente, então ele só poderá aumentar a confusão existente sobre a importância relativa das influências pessoais e ambientais no desenvolvimento do indivíduo.

Na psicanálise como a conhecemos não existe trauma que fique fora da onipotência do indivíduo. Tudo fica eventualmente sob controle do ego, tornando-se por isso relacionado ao processo secundário. O paciente não é auxiliado se o psicanalista diz: "sua mãe não é suficientemente boa" (. . .) "seu pai realmente o seduziu" (. . .) "sua tia o abandonou". As mudanças ocorrem na análise quando os fatores traumáticos entram no material psicanalítico no jeito próprio do paciente, e dentro da onipotência do mesmo. As interpretacões que podem mudar coisas são aquelas que podem ser feitas em termos de projeção. O mesmo se aplica a fatores benignos, fatores que levaram à satisfação. Tudo é interpretado em termos do amor e da ambivalência do indivíduo. O analista fica preparado para esperar um longo tempo a fim de estar em posição de fazer exatamente esse tipo de trabalho.

Na infância, contudo, coisas boas e más acontecem a criança que estão bem fora do âmbito da mesma. Na verdade a infância é o período em que amealhar fatores

1 – Este estudo juntamente com outro, da Dra. Phyllis Greenacre sobre o mesmo tema, foi objeto de uma discussão no segundo Congresso Internacional Psicanalítico em Edimburgo, em 1961. Foi publicado pela primeira vez no *Int. J. Psycho-Anal.*, 41, p. 585-95.

2 – Discuti isso de um ângulo clínico mais detalhado em *Primitive Emotional Development* (1945).

externos para dentro da área da onipotência da criança está no processo de formação. O auxílio ao ego do cuidado materno possibilita ao lactente viver e se desenvolver, a despeito de não ser capaz de controlar ou de se sentir responsável pelo que de bom e mau ocorre no ambiente.

Os acontecimentos desses estágios iniciais podem ser vistos como perdidos através do que denominamos mecanismos de repressão, não podendo portanto os analistas esperar encontrá-los como resultado do trabalho que reduz as forças de repressão. É possível que Freud estivesse tentando prever esses fenômenos quando usou o termo repressão primária, mas isto está aberto ao debate. O que é certo é que os temas sob discussão aqui tiveram de ser tidos como certos por muito tempo na literatura psicanalítica.[3]

Voltando à psicanálise: afirmei que o analista está preparado para esperar até que o paciente se torne capaz de apresentar os fatores ambientais em termos que permitam sua interpretação como projeções. Nos casos bem escolhidos este resultado vem da capacidade do paciente de confiar, que é redescoberta na consistência do analista, na situação profissional. Algumas vezes o analista precisa esperar um tempo muito longo; e no caso que é *mal* escolhido para a psicanálise clássica é provável que a consistência do analista seja o fator mais importante (ou mais importante do que as interpretações), porque o paciente não experimentou tal consistência no cuidado materno na infância, e se tiver de utilizar essa consistência terá que encontrá-la pela primeira vez no comportamento do analista. Isso pareceria ser a base para a pesquisa do problema do que o analista pode fazer no tratamento da esquizofrenia e outras psicoses. Nos casos *borderline* o analista nem sempre espera em vão; com o passar do tempo o paciente se torna capaz de utilizar as interpretações psicanalíticas dos traumas originais como projeções. Pode mesmo acontecer que seja capaz de aceitar o que é bom no ambiente como uma projeção simples e estável de elementos emergentes que se originam de seu próprio potencial herdado.

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

Nos escritos de Freud a maior parte das formulações referentes à infância derivam do estudo de adultos em análise. Há algumas observações de crianças (o material do "rolo de algodão" [1920]), e há a análise do pequeno Hans (1909). À primeira vista pareceria que grande parte da teoria psicanalítica trata da primeira infância e da infância, mas em certo sentido pode-se dizer que Freud negligenciou a infância como um estado; isto é apresentado em uma nota de rodapé em *Formulations on the Two Principles of Mental Functioning* (1911, p. 220) em que ele demonstra que se dá con-

3 – Relatei (1954) alguns aspectos desse problema, encontrado no caso de uma paciente que estava em uma regressão profunda.

ta de estar se desviando das coisas que estão em discussão neste estudo. No texto ele traça o desenvolvimento do princípio do prazer ao princípio da realidade, seguindo seu curso habitual de reconstruir a infância a partir dos pacientes adultos; a nota prossegue:

"Objetar-se-á com razão que uma organização que era escrava do princípio do prazer e negligenciava a realidade do mundo externo não se poderia manter viva pelo mais curto espaço de tempo, de modo que não poderia chegar a existir de modo algum. O emprego de uma ficção como essa é contudo justificado quando se considera que o lactente – uma vez que se inclua nele o cuidado que recebe da mãe – quase que concretiza um sistema psíquico deste tipo."

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

"Ele provavelmente alucina a satisfação de suas necessidades internas; revela seu desprazer quando há um aumento do estímulo e uma ausência de satisfação pela descarga motora de berrar e espernear com seus braços e pernas e então experimenta a satisfação que tinha alucinado. Mais tarde, como criança mais velha, aprende a empregar estas manifestações de descarga intencionalmente como método de expressão de sentimentos. Desde que o cuidado posterior das crianças está modelado no cuidado dos lactentes, a dominância do princípio do prazer pode realmente vir a ter fim somente quando a criança atingiu separação psíquica completa de seus pais."

As palavras "desde que se inclua nele o cuidado que recebe de sua mãe" têm grande importância no contexto deste estudo. O lactente e o cuidado materno juntos formam uma unidade.[4] Certamente, se vai se estudar a teoria do relacionamento paterno-infantil tem que se chegar a uma decisão sobre esses assuntos, que se relacionam com o sentido real da palavra dependência. Não é suficiente que se reconheça que o ambiente é importante. Se vai haver uma discussão da teoria do relacionamento paterno-infantil, então nos dividimos em dois grupos se há aqueles que não concordam que nos estágios iniciais do lactente este e o cuidado materno pertencem um ao outro e não podem ser separados. Essas duas coisas, o lactente e o cuidado materno, se separam e se dissociam na normalidade; e normalidade, que significa tantas coisas, em certo sentido significa a separação do cuidado materno de algo que nós então denominamos lactente ou o início de uma criança em crescimento. Esta idéia é abrangida pelas palavras de Freud no fim da nota de rodapé: "a dominância do princípio do prazer pode realmente chegar a um fim somente quando a criança atingiu uma separação psíquica completa de seus pais". (A parte intermediária dessa nota será discutida num parágrafo posterior, onde se sugerirá que as palavras de Freud aqui são inadequadas e desorientadoras em certos aspectos, se tomadas para se referirem ao estágio mais precoce).

4 – Eu disse uma vez: "não há tal coisa como um lactente", significando, é claro, que sempre que se encontra um lactente se encontra o cuidado materno, e sem cuidado materno não poderia haver um lactente. (Discussão em uma reunião científica da Sociedade Psicanalítica Britânica, mais ou menos em 1940). Estava eu influenciado, sem sabê-lo, por este rodapé de Freud?

A PALAVRA "INFANTE"

Neste estudo a palavra infante (lactente) será usada para se referir à criança muito nova. É preciso dizer isto porque nos escritos de Freud a palavra algumas vezes parece incluir a criança até a passagem do complexo de Édipo. Na verdade a palavra infante significa "sem fala" *(infans)*, e não é inútil pensar na infância como a fase anterior à apresentação das palavras e uso das palavras como símbolos. O corolário é que ela se refere à fase em que o infante (lactente) depende do cuidado materno que se baseia na empatia materna mais do que na compreensão do que é ou poderia ser verbalmente expresso.

Este é essencialmente um período de desenvolvimento do ego, e a integração é o principal aspecto desse desenvolvimento. As forças do id clamam por atenção. De início elas são externas ao lactente. Normalmente o id se torna aliado a serviço do ego, e o ego controla o id, de modo que as satisfações do id fortalecem o ego. Isto, contudo, é uma conquista do desenvolvimento normal e na infância há muitas variantes dependentes da falha relativa dessa conquista. Na falta de saúde na infância conquistas dêsse tipo dificilmente são atingidas, ou podem ser alcançadas e perdidas. Na psicose infantil (ou esquizofrenia) o id permanece total ou parcialmente "externo" ao ego, as satisfações do id permanecem físicas e têm o efeito de ameaçar a estrutura do ego, isto é, até que se organizem defesas de qualidade psicótica.[5]

Apóio aqui o ponto de vista de que a principal razão no desenvolvimento do lactente que faz o lactente habitualmente se tornar capaz de controlar, e o ego de incluir, o id é o fato do cuidado materno, o ego materno complementando o ego do lactente e assim tornando-o forte e estável. Como isso ocorre terá de ser examinado, e também como eventualmente o ego do lactente se torna livre do apoio do ego da mãe, de modo que o lactente alcança uma separação mental da mãe, isto é, uma diferenciação em um *self* pessoal e separado. Para reexaminar o relacionamento paterno-infantil é necessário primeiro tentar uma breve exposição da teoria do desenvolvimento emocional do lactente.

HISTÓRICO

Na teoria psicanalítica como se originou a hipótese inicial que se relacionava com o id e os mecanismos de defesa do ego. Julgava-se que o id entrava em cena muito cedo, e a descoberta e descrição de Freud da sexualidade pré-genital, baseada na sua observação dos elementos regressivos encontrados na fantasia genital em sonhos, eram os aspectos principais da psicologia clínica.

5 - Tentei demonstrar a aplicação desta hipótese na compreensão da psicose em meu artigo "Psychoses and Child Care" (Winnicott, 1952).

Os mecanismos de defesa do ego foram gradativamente formulados.[6] Supunha-se que esses mecanismos eram organizados em conexão com a ansiedade que se derivava da tensão instintiva ou da perda de objeto. Esta parte da teoria psicanalítica pressupõe uma separação do *self* e a estruturação do ego, e talvez um esquema corporal pessoal. No ponto da parte principal deste artigo este estado de coisas não pode mais ser presumido. A discussão se centra ao redor do estabelecimento exatamente deste tipo de coisas, isto é, a estruturação do ego que gera a ansiedade da tensão instintiva ou da perda do objeto. A ansiedade nesse estágio não é ansiedade de castração ou de separação; ela se relaciona com outras coisas, e é, na verdade, ansiedade quanto a aniquilamento (cf. afaníase de Jones). Na teoria psicanalítica os mecanismos de defesa do ego fazem parte mais da idéia de uma criança que tem independência e uma organização defensiva pessoal verdadeira. Nesta fronteira as pesquisas de Klein acrescentam mais à teoria de Freud ao clarificar a inter-relação entre as ansiedades primitivas e os mecanismos de defesa. O trabalho de Klein se refere à infância mais precoce, e chama atenção para a importância dos impulsos agressivos e destrutivos que estão situados mais profundamente do que aqueles que são reativos à frustração e relacionados ao ódio e à raiva; também no trabalho de Klein há uma dissecção das defesas primitivas contra as ansiedades primitivas, ansiedades que fazem parte do primeiro estágio da organização mental (*splitting*, projeção e introjeção).

O que é descrito no trabalho de Melanie Klein faz parte claramente da vida do lactente nas fases iniciais e é o período de dependência de que trata este estudo. Melanie Klein tornou claro que ela reconhecia que o ambiente era importante neste período e de várias formas em todos os estágios.[7] Sugiro, contudo, que seu trabalho e o de seus colaboradores deixaram aberto para consideração posterior o desenvolvimento do tema da dependência completa, que é a que aparece na frase de Freud: "(. . .) O lactente, desde que se inclua nele o cuidado que recebe de sua mãe (. . .)" Não há nada no trabalho de Klein que vá contra a idéia da dependência absoluta, mas me parece não haver nenhuma referência específica ao estágio em que o lactente existe tão-somente por causa do cuidado materno, junto com o qual ele forma uma unidade.

O que quero trazer à consideração aqui é a diferença entre a aceitação pelo analista da realidade da dependência, e seu trabalho com ela na transferência.[8]

6 – As pesquisas relativas ao mecanismo de defesa que se seguiram a *O Ego e os Mecanismos de Defesa* (1936), de Anna Freud, chegaram por vias diferentes a uma reavaliação do papel da maternidade, do cuidado materno e do desenvolvimento precoce do lactente. Anna Freud (1953) reavaliou seus pontos de vista sobre o assunto. Willi Hoffer (1955) também fez observações relativas a essa área do desenvolvimento. A ênfase neste artigo, contudo, é quanto à importância da compreensão do papel do ambiente paterno inicial no desenvolvimento da criança, e no modo como isso adquire significância clínica para nós no manejo de certos tipos de caso com distúrbios afetivos ou de caráter.

7 – Fiz uma exposição detalhada de minha compreensão do trabalho de Melanie Klein nesta área em dois estudos (Winnicott, 1954), e capítulo 1 deste volume). Consultar Klein (1946, p.297).

8 – Para um exemplo clínico consultar meu artigo "Withdrawal and Regression" (1954).

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

Metade da teoria do relacionamento paterno-infantil se refere ao lactente, e é a teoria da jornada do lactente da dependência absoluta, passando pela dependência relativa, à independência, e paralelamente, a jornada do lactente do princípio do prazer ao princípio da realidade, e do auto-erotismo às relações objetais. A outra metade da teoria do relacionamento paterno-infantil se refere ao cuidado materno, isto é, às qualidades e mudanças nas mães que satisfazem as necessidades específicas e de desenvolvimento do lactente para as quais ela se orienta.

A – O lactente

A palavra chave nesta parte do estudo é *dependência*. Os lactentes humanos não podem começar a *ser* exceto sob certas condições. Essas condições são estudadas abaixo, mas elas são parte da psicologia do lactente. Os lactentes vêm a ser de modo diferente conforme as condições sejam favoráveis ou desfavoráveis. Ao mesmo tempo essas condições não determinam o potencial do lactente. Este é herdado, e é legítimo estudar este potencial herdado do indivíduo como um tema separado, *desde que sempre seja aceito que o potencial herdado de um lactente não pode se tornar um lactente a menos que ligado ao cuidado materno.*

O potencial herdado inclui a tendência no sentido do crescimento e do desenvolvimento. Todos os estágios do desenvolvimento emocional podem ser mais ou menos datados. Presumivelmente todos os estágios do desenvolvimento têm uma data em cada criança. A despeito disso, essas datas não apenas variam de criança para criança, mas também, *ainda que fossem conhecidas com antecipação* no caso de uma certa criança não poderiam ser utilizadas para predizer o desenvolvimento real da criança por causa do outro fator, o cuidado materno. Se tais datas de algum modo podem ser utilizadas, poderia sê-lo como base para se presumir que o cuidado materno é adequado em aspectos importantes. (Isso obviamente não significa adequado somente no sentido físico; o significado da adequação ou inadequação neste contexto é discutido abaixo.)

O POTENCIAL HERDADO E SEU DESTINO

É necessário expor aqui brevemente o que ocorre ao potencial herdado para se desenvolver em um lactente, e depois em uma criança, uma criança atingindo uma existência independente. Por causa das complexidades do tema esta exposição tem que ser feita a partir da presunção de um cuidado materno satisfatório, que significa cuidado paterno. Cuidado paterno satisfatório pode ser classificado mais ou menos em três estágios superpostos:

a) *Holding*.

b) Mãe e lactente vivendo juntos. Aqui a função do pai (ao lidar com o ambiente para a mãe) não é conhecida da criança.

c) Pai, mãe e lactente, todos vivendo juntos.

O termo *holding* é utilizado aqui para significar não apenas o segurar físico de um lactente, mas também a provisão ambiental total anterior ao conceito de *viver com*. Em outras palavras, se refere à relação espacial ou em três dimensões com o fator tempo gradualmente adicionado. Isso se superpõe, mas na verdade se inicia antes das experiências instintivas que com o tempo determinaram as relacões objetais. Inclui a elaboração de experiências que são inerentes à existência, tais como o *completar* (e portanto o *não-completar*) de processos, que de fora podem parecer puramente fisiológicos, mas que fazem parte da psicologia da criança e ocorrem em um campo psicológico complexo, determinados pela percepção e pela empatia da mãe. (O conceito de *holding* é discutido em mais detalhes adiante.)

A expressão "viver com" implica relações objetais, e a emergência do lactente do estado de estar fundido com a mãe, e sua percepção dos objetos como externos a ele próprio.

Este estudo está especificamente dedicado ao estágio de *holding* do cuidado materno, e às ocorrências complexas no desenvolvimento psicológico do lactente que estão relacionadas com esta fase. Deve-se recordar, contudo, que uma divisão de uma fase para outra é artificial, uma mera questão de conveniência, adotada com o propósito de definições mais claras.

O DESENVOLVIMENTO DO LACTENTE DURANTE A FASE DE *HOLDING*

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

processo primário,
identificação primária,
auto-erotismo e
narcisismo primário

são realidades vivas.

Nesta fase o ego se transforma de um estado não-integrado em uma integração estruturada, de modo que o lactente se torna capaz de experimentar a ansiedade que é associada à desintegração. A palavra desintegração começa a ter um sentido que não possuía antes da integração do ego se tornar um fato. No desenvolvimento normal, neste estágio o lactente retém a capacidade de reexperimentar estados não-integrados. Mas isso depende da continuidade de um cuidado materno consistente ou da reunião no lactente de recordações do cuidado materno começando gradualmente a serem percebidas como tais. O resultado do progresso normal no desenvolvimento do lactente durante esta fase é que ele chega ao que se poderia chamar "estado unitário". O lactente se torna uma pessoa, com individualidade

própria. Associada a isso está a chegada do lactente à existência psicossomática, que começa a adquirir um padrão pessoal; eu me referi a isso como a inserção da psique no soma.[9] A base dessa inserção é a ligação das experiências funcionais motoras e sensoriais com o novo estado do lactente de ser uma pessoa. Como um desenvolvimento adicional vem a existir o que poderia se chamar de membrana limitante, que até certo ponto (normalmente) é equacionada com a superfície da pele, e tem uma posição entre o "eu" e o "não-eu" do lactente. De modo que o lactente vem a ter um interior e um exterior, e um esquema corporal. Deste modo começam a ter sentido as funções de entrada e saída; além disso, se torna gradualmente significativo pressupor uma realidade psíquica interna ou pessoal para o lactente.[10]

Durante a fase de *holding* outros processos são iniciados; o mais importante é o despertar da inteligência e o início da mente como algo separado da psique. Daí se segue a história toda do processo secundário e da função simbólica, e da organização do conteúdo psíquico pessoal, que forma a base do sonho e das relações vivas.

Ao mesmo tempo se inicia no lactente a união das duas bases do comportamento impulsivo. A palavra "fusão" indica o processo positivo pelo qual elementos difusos que fazem parte de um erotismo muscular e do movimento se tornam (normalmente) fundidos com o funcionamento orgástico das zonas eróticas. Este conceito é mais conhecido como o inverso do processo de defusão, que é uma defesa complicada em que a agressão se torna separada da experiência erótica após um período em que um grau de fusão determinado foi atingido. Todos esses desenvolvimentos fazem parte da condição ambiental do *holding*, e sem um *holding* suficientemente bom esses estágios não podem ser alcançados, ou uma vez alcançados não podem ser mantidos. Um desenvolvimento adicional é a capacidade para relações objetais. Aí o lactente muda de um relacionamento com um objeto subjetivamente concebido para uma relação com um objeto objetivamente percebido. Essa mudança está intimamente ligada com a mudança do lactente de ser fundido com a mãe para ser separado dela, se relacionando a ela como separada e como "não-eu". Esse desenvolvimento não está especificamente relacionado ao *holding*, mas se relaciona à fase do "viver com". . .

DEPENDÊNCIA

Na fase do *holding* o lactente é dependente ao máximo. De modo que podemos classificar dependência como se segue:

1 - *Dependência absoluta*. Neste estado o lactente não tem meios de perceber o cuidado materno, que é em grande parte uma questão de profilaxia. Não pode as-

9 – Para uma conceituação anterior sobre este tema consultar meu estudo "Mind and its Relation to the Psyche-Soma" (1949c).

10 – Aqui o trabalho na fantasia primitiva, cuja riqueza e complexidade nos é familiar através dos ensinamentos de Melanie Klein, se torna pertinente e apropriado.

sumir controle sobre o que é bem ou mal feito, mas apenas está em posição de se beneficiar ou de sofrer distúrbios.

2 - *Dependência relativa*. Aqui o lactente pode se dar conta da necessidade de detalhes do cuidado materno, e pode de modo crescente relacioná-los ao impulso pessoal, e mais tarde, num tratamento psicanalítico, pode reproduzi-los na transferência.

3 - *Rumo à independência*. O lactente desenvolve meios para ir vivendo sem cuidado real. Isto é conseguido através do acúmulo de recordacões do cuidado, da projeção de necessidades pessoais e da introjeção de detalhes do cuidado, com o desenvolvimento da confiança no meio. Deve-se acrescentar aqui o elemento de compreensão intelectual, com suas tremendas implicacões.

ISOLAMENTO DO INDIVÍDUO

Outro fenômeno que precisa ser considerado nesta fase é o ocultamento do núcleo da personalidade. Examinamos o conceito de *self* central ou verdadeiro. O *self* central poderia ser considerado como o potencial herdado que está experimentando a continuidade da existência, e adquirindo à sua maneira e em seu passo uma realidade psíquica pessoal e o esquema corporal pessoal.[11] Parece necessário considerar o conceito de isolamento deste *self* central como uma característica da saúde. Qualquer ameaça a esse isolamento do *self* verdadeiro constitui uma ansiedade maior neste estágio precoce e as defesas da infância mais precoce ocorrem por falhas por parte da mãe (no cuidado materno) para evitar irritações que poderiam perturbar esse isolamento. As irritações podem ser recebidas e manejadas pela organização do ego, incluídas na onipotência do lactente e sentidas como projeções.[12] Por outro lado podem superar esta defesa a despeito do auxílio ao ego que o cuidado materno provê. O núcleo central do ego é afetado e esta é a natureza real da ansiedade psicótica. Normalmente o indivíduo logo se torna invulnerável a este respeito, e se fatores externos o irritam há meramente um novo grau e qualidade no ocultamento do *self* central. A esse respeito a melhor defesa é a organização de um falso *self*. A satisfação instintiva e as relações objetais constituem uma ameaça ao vir-a-ser pessoal do indivíduo. *Exemplo:* um nenê está mamando ao seio e obtém satisfação. Este fato por si só não indica se ele está tendo uma experiência ego-sintônica do id ou, ao contrário, está sofrendo o traumatismo de uma sedução, uma ameaça à continuidade pessoal do ego, uma ameaça por uma experiência do id que não é ego-sintônica, e com a qual o ego não está equipado para se defrontar.

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

11 – No capítulo dois tentei discutir outro aspecto desta fase do desenvolvimento como a verificamos no adulto normal. Cf. Greenacre (1958).

12 – Estou usando aqui o termo "projeções" em um sentido descritivo e dinâmico e não no seu sentido metapsicológico completo. A função dos mecanismos psíquicos primitivos, tais como introjeção, projeção e *splitting* está além do objetivo deste estudo.

ANIQUILAMENTO[13]

A ansiedade nestes estágios iniciais do relacionamento paterno-infantil se relaciona com a ameaça de aniquilamento, e é necessário explicar o que significa este termo.

Neste lugar que é caracterizado pela existência essencial de um ambiente sustentador, o "potencial herdado" está se tornando uma "continuidade do ser".* A alternativa a ser é reagir, e reagir interrompe o ser e 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 instinto 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. Quando uma pessoa humana completa pode ser odiada, a morte passa a ter sentido, e ligado a isto se segue o que pode ser chamado de mutilar; a pessoa completa odiada e amada é mantida viva ao ser castrada ou mutilada de outra forma ao invés de ser morta. Estas idéias pertencem a uma fase posterior àquela que é caracterizada pela dependência do ambiente.

REEXAME DE UM RODAPÉ DE FREUD

Neste ponto é necessário rever uma afirmação de Freud citada anteriormente. Ele escreve: "Provavelmente ele" (o nenê) "alucina a satisfação de suas necessidades internas; revela sua dor devido ao aumento dos estímulos e à demora da satisfação pela descarga motora de chorar e espernear, experimentando então a satisfação alucinada". A teoria implícita nesta parte da conceituação fala em cobrir as necessidades desta fase mais precoce. Por estas palavras já se faz referência às relações objetais, e a validade desta parte das afirmações de Freud depende de ter como certos os aspectos mais precoces do cuidado materno, aqueles que foram aqui descritos como fazendo parte da fase de *holding*. Por outro lado, esta afirmação de Freud descreve exatamente as necessidades da fase *seguinte*, que é caracterizada por um relaciona-

13 – Descrevi variedades clínicas deste tipo de ansiedade de um aspecto um pouco diferente em um estudo prévio (1949b).

*No original: *continuity of being*. N. Trad.

mento entre o lactente e a mãe, em que as relações objetais e as satisfações instintivas ou das zonas eróticas têm lugar; isto é, quando o desenvolvimento avança normalmente.

B – O papel do cuidado materno

Tentarei agora descrever alguns aspectos do cuidado materno, e especialmente o *holding*. Neste estudo o conceito de *holding* é importante, e é necessário o desenvolvimento adicional desta idéia. A palavra é aqui usada para iniciar um desenvolvimento mais completo do tema contido na frase de Freud "(. . .) quando se considera que o lactente – desde que se inclua nele o cuidado que recebe de sua mãe – quase concretiza um sistema psíquico deste tipo". Refiro-me ao estado real do relacionamento materno-infantil no início quando o lactente não separou o *self* do cuidado materno em que existe a dependência absoluta em seu sentido psicológico.[14]

Neste estágio o lactente necessita, e na realidade consegue, uma provisão ambiental que tem certas características:

Satisfaz as necessidades fisiológicas. Aqui a fisiologia e a psicologia ainda não se tornaram separadas, ou estão ainda no processo de fazê-lo; e

É consistente. Mas a provisão ambiental não é mecanicamente consistente. Ela é consistente de um modo que implica a empatia materna.

Holding:

Protege da agressão fisiológica.

Leva em conta a sensibilidade cutânea do lactente – tato, temperatura, sensibilidade auditiva, sensibilidade visual, sensibilidade à queda (ação da gravidade) e a falta de conhecimento do lactente da existência de qualquer coisa que não seja ele mesmo.

Inclui a rotina completa do cuidado dia e noite, e não é o mesmo que com dois lactentes, porque é parte do lactente, e dois lactentes nunca são iguais.

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

Deve-se notar que mães que têm em si prover cuidado suficientemente bom podem ser habilitadas a fazer melhor cuidando de si mesmas, de um modo que reconhece a natureza essencial de sua tarefa. As mães que não têm essa tendência de prover cuidado suficientemente bom não podem ser tornadas suficientemente boas pela simples instrução.

14 – Lembrete: Para me certificar de separar isto de relações objetais e de gratificação do instinto devo *artificialmente* restringir minha atenção às necessidades corporais de um modo geral. Um paciente me disse: "Uma boa sessão analítica em que se dá a interpretação correta no momento oportuno é uma boa alimentação".

O *holding* inclui especialmente o *holding* físico do lactente, que é uma forma de amar. É possivelmente a única forma em que uma mãe pode demonstrar ao lactente o seu amor. Há aquelas que podem suster um lactente e as que não podem; as últimas produzem rapidamente no lactente uma sensação de insegurança e um chorar nervoso.

Tudo isso leva a, inclui e coexiste com o estabelecimento das primeiras relações objetais do lactente e suas primeiras experiências de gratificação instintiva.[15]

Seria incorreto pôr a gratificação instintiva (alimentação, etc.) ou as relações objetais (relacionamento com o seio) antes do tema da organização do ego (isto é, o ego do lactente reforçado pelo ego materno). A base da satisfação instintiva e das relações objetais é a manipulação e a condução geral no cuidado do lactente, que é facilmente tido como certo quando tudo vai bem. As bases da saúde mental do indivíduo, no sentido de ausência de psicose ou predisposição à mesma (esquizofrenia), são lançadas por este cuidado materno, que quando vai bem dificilmente é percebido, e é uma continuação da provisão fisiológica que caracteriza o estado pré-natal. Esta provisão ambiental é também a continuação da vitalidade dos tecidos e da saúde funcional que (para o lactente) provê um apoio ao ego silencioso mas vitalmente importante. Deste modo a esquizofrenia ou a psicose infantil ou uma predisposição à psicose em uma data posterior se relacionam com uma falha da provisão ambiental. Isto não quer dizer, contudo, que os efeitos nefastos de tal falha não possam ser descritos em termos de distorção do ego e de defesas contra ansiedades primitivas, isto é, em termos do indivíduo. Verificar-se-á, portanto, que o trabalho de Klein nos mecanismos de defesa de *splitting* e de projeção e introjeção e assim por diante é uma tentativa de descrever os efeitos da falha da provisão ambiental em termos do indivíduo. Esse trabalho sobre os mecanismos primitivos nos dá a chave apenas para uma parte da história, e a reconstrução do ambiente e de suas falhas provê a outra parte. Essa outra parte não pode aparecer na transferência por causa da falta de conhecimento do paciente do cuidado materno, tanto em seus aspectos bons como falhos, como existiu na situação infantil original.

EXAME DE UM DETALHE DO CUIDADO MATERNO

Darei um exemplo para ilustrar a sutileza do cuidado materno. Um lactente está em fusão com sua mãe, e enquanto isso permanece assim, quanto mais próximo a mãe chegar de uma compreensão exata das necessidades do lactente, melhor. Uma mudança, contudo, surge com o fim de fusão, e esse fim não é necessariamente gradativo. Logo que a mãe e o lactente estão separados, do ponto de vista deste, se notará que a mãe tende a mudar sua atitude. É como se ela agora se desse conta de que o lactente não mais espera existir a condição em que há quase uma compreensão

15 – Para discussão adicional deste aspecto dos processos de desenvolvimento consultar meu estudo "Transitional Objects and Transitional Phenomena" (1951).

mágica de suas necessidades. A mãe parece saber que o lactente tem uma nova capacidade, a de transmitir sinais de modo que ela possa ser guiada no sentido de satisfazer as necessidades dele. Poder-se-ia dizer que se ela sabe agora bem demais o que o lactente necessita, isto é mágica e não forma uma base para as relações objetais. Aqui temos as palavras de Freud: "Ele" (o lactente) "provavelmente alucina a satisfação de suas necessidades internas; ele revela seu desprazer, quando há um aumento do estímulo na ausência de satisfação, pela descarga motora de berrar e se agitar com seus braços e pernas, e experimenta então a satisfação que tinha sido alucinada". Dito de outro modo, ao redor do fim da fusão, quando a criança se tornou separada do ambiente, um aspecto importante é que o lactente tem que transmitir sinais.[16] Encontramos essa sutileza aparecendo claramente na transferência em nosso trabalho analítico. É muito importante, exceto quando o paciente está em regressão à infância mais precoce e ao estado de fusão, que o analista não dê as respostas exceto se o paciente der indícios. O analista capta os indícios e faz a interpretação, e muitas vezes acontece que o paciente falha em dar os indícios tornando certo desse modo que o analista nada pode fazer. Esta limitação do poder do analista é importante para o paciente, assim como o poder do analista é importante, representado pela interpretação que está certa e é feita no momento oportuno, e que é baseada nos indícios e na cooperação inconsciente do paciente que está fornecendo o material que é reunido e justifica a interpretação. Deste modo o analista em treino muitas vezes faz análise melhor do que o fará passados alguns anos, quando ele souber mais. Quando tiver tido diversos pacientes ele começará a achar entediante ir tão devagar como o paciente vai, e começará a fazer interpretações baseadas não no material fornecido em um dia especial pelo paciente, mas em seu conhecimento próprio acumulado ou em sua adesão no momento a um grupo particular de idéias. Isto é inútil para o paciente. O analista pode parecer muito esperto, e o paciente pode expressar admiração, mas no final a interpretação correta é um trauma, que o paciente tem que rejeitar, porque não é sua. Ele se queixa que o analista tenta hipnotizá-lo, isto é, que o analista o está incitando a uma regressão severa à dependência, arrastando o paciente de volta a uma fusão com o analista.

A mesma coisa pode ser observada com as mães dos lactentes; as mães que tiveram vários filhos começam a ficar tão boas na técnica de criá-los que fazem tudo certo no momento exato, e assim o lactente que tinha começado a se tornar separado de sua mãe não tem meios de assumir o controle sobre todas as coisas boas que estão acontecendo. O gesto criativo, o choro e o protesto, todos esses pequenos sinais para induzir a mãe a realizar o que faz, todas essas coisas ficam faltando, porque a mãe já satisfez as necessidades, como se o lactente estivesse ainda fundido com ela e ela com ele. Deste modo a mãe, por ser uma aparentemente boa mãe, faz pior do que castrar o lactente; este último é deixado com duas alternativas: ou ficar em um estado permanente de regressão e ficar fundido com a mãe, ou então representar uma rejeição completa da mãe, mesmo de uma mãe aparentemente boa.

Vemos portanto que na infância e no manejo dos lactentes há uma distinção

16 – Teoria posterior de Freud (1926) da ansiedade como um sinal para o ego.

muito sutil entre a compreensão da mãe das necessidades do lactente baseada na empatia, e sua mudança para uma compreensão baseada em algo no lactente ou criança pequena que indica a necessidade. Isto é especialmente difícil para as mães por causa do fato das crianças vacilarem entre um estado e outro; em um minuto elas estão fundidas com a mãe e requerem empatia, enquanto que no seguinte estão separadas dela, e então, se ela souber suas necessidades por antecipação, ela é perigosa, uma bruxa. É muito estranho que mães que não são nada instruídas se adaptem a estas mudanças no desenvolvimento satisfatório do lactente, e sem nenhum conhecimento de teoria. Este detalhe é reproduzido no trabalho analítico com pacientes *borderline*, e em todos os casos em certos momentos de grande importância quando a dependência na transferência é máxima.

FALTA DE PERCEPÇÃO DE CUIDADO MATERNO SATISFATÓRIO

É axiomático nestes temas do cuidado materno do aspecto *holding* que quando as coisas vão bem o lactente não tem meios de saber o que está sendo provido adequadamente e o que está prevenido. Por outro lado é quando as coisas não vão bem que o lactente se torna perceptivo, não de uma falha do cuidado materno, mas dos resultados, quaisquer que sejam, dessa falha; quer dizer, o lactente se torna consciente de reagir a alguma irritação. Como resultado disto, no cuidado materno há a ereção no lactente de uma continuidade de ser que é a base da força do ego; enquanto que o resultado de cada falha no cuidado materno é que a continuidade de ser é interrompida por reações às conseqüências desta falha, do que resulta o enfraquecimento do ego.[17] Tais interrupções constituem aniquilamento, e são evidentemente associadas a sofrimentos de qualidade e intensidade psicótica. Nos casos extremos o lactente existe somente na base da continuidade de reações a irritações e da recuperação de tais reações. Isto contrasta enormemente com a continuidade de ser que é minha concepção de força do ego.

C - As mudanças na mãe

É importante neste contexto examinar as mudanças que ocorrem na mulher que está em vésperas de ter um nenê ou que recém teve um. No início, essas mudanças são quase fisiológicas, e começam com a sustentação física do bebê no útero. Algo poderia estar faltando, contudo, se a expressão "instinto materno" fosse

17 – Nos casos de caráter são esse enfraquecimento do ego e as várias tentativas do indivíduo para lidar com ele que se apresentam para atenção imediata, e somente uma visão correta da etiologia pode tornar possível a descoberta do aspecto defensivo do sintoma presente a partir de sua origem na falha ambiental. Referi-me a um aspecto específico disto no diagnóstico da tendência anti-social como o problema básico subjacente à Síndrome de Delinqüência (19).

usada em sua descrição. O fato é que normalmente a mulher muda em sua orientação sobre si mesma e sobre o mundo, mas por mais que essas mudancas sejam baseadas na fisiologia elas podem ser distorcidas por falta de saúde mental na mulher. É necessário pensar nestas mudanças em termos psicológicos, e isto a despeito do fato de poder haver fatores endócrinos que podem ser afetados pela medicação. Sem dúvida as mudanças fisiológicas sensibilizam a mulher para as mudanças psicológicas mais sutis que se seguem. Logo após a concepção, ou quando já se sabe que a concepção é possível, a mulher começa a mudar sua orientação e a se preocupar com as mudanças que estão ocorrendo dentro dela. De várias formas ela é encorajada por seu próprio corpo a ficar interessada em si própria.[18] A mãe transfere algo de seu interesse em si própria para o bebê que está crescendo dentro dela. O importante é que vem a existir um estado de coisas que merece ser descrito, e a teoria sobre tudo isso precisa ser explanada.

O analista que está satisfazendo as necessidades de um paciente que está revivendo esses estágios precoces na transferência sofre mudanças similares de orientação; e o analista, diferentemente da mãe, precisa estar atento à sensibilidade que se desenvolve nele ou nela como resposta à imaturidade e dependência do paciente. Pode-se considerar isto como uma extensão da descrição de Freud do analista como estando em um estado voluntário de atenção.

Não seria apropriado fazer aqui uma descrição detalhada destas mudancas de orientação na mulher que está se tornando ou acabou de se tornar mãe. Tentei descrever alhures estas mudanças em linguagem popular ou não-técnica (Winnicott, 1949a).

Há uma psicopatologia dessas mudanças de orientação, e os extremos da anormalidade são objeto de estudo por parte daqueles que estudam a psicologia da psicose puerperal. Sem dúvida há muitas variações em qualidade que não constituem anormalidade. O que constitui anormalidade é o grau de distorção.

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

Habitualmente a orientação especial da mãe para com o lactente vai além do processo de nascimento. A mãe que não tem distorções nestes aspectos está pronta para deixar ir sua identificação com o lactente à medida que o lactente começa a precisar ficar separado. É possível prover um cuidado inicial bom, mas fracassar em completar o processo pela incapacidade de deixá-lo terminar, de modo que a mãe tende a permanecer fundida com seu lactente e adiar a separação entre ela e o lactente. De qualquer modo é uma tarefa difícil para a mãe se separar do lactente com a mesma rapidez com que o lactente precisa ficar separado dela.[19]

18 – Para uma conceitução mais detalhada deste ponto veja "Primary maternal preoccupation" (1956).

19 – Ilustração de caso do tipo de problema que se encontra clinicamente e se relaciona com esse grupo de idéias foi apresentado num estudo anterior (1948).

O importante, no meu ponto de vista, é que a mãe através de sua identificação com o lactente sabe como o lactente se sente, de modo que é capaz de prover quase exatamente o que o lactente necessita em termos de *holding* e provisão do ambiente em geral. Sem tal identificação acho que ela não seria capaz de prover o que o lactente necessita no começo, que é uma *adaptação viva às necessidades do lactente.*

O principal é o *holding* físico, e esta é a base de todos os complexos aspectos adicionais do *holding*, e da provisão ambiental em geral.

É verdade que uma mãe pode ter um bebê que é muito diferente de si mesma, de modo que ela calcula mal. O bebê pode ser mais rápido ou mais lento do que ela. Deste modo pode haver ocasiões em que ela sente que o bebê precisa de algo, e isto não esteja de acordo com a realidade. Contudo, parece ser comum que as mães que não são distorcidas por má saúde ou por tensões ambientais do dia-a-dia tendem em geral a saber exatamente o que os seus lactentes necessitam, e ainda mais, gostam de prover as necessidades do lactente. Isso é a essência do cuidado materno.

Com "o cuidado que ele recebe de sua mãe" cada lactente é capaz de ter uma existência pessoal, e assim começa a construir o que pode ser chamado de *continuidade* do ser. Na base dessa continuidade do ser o potencial herdado se desenvolve gradualmente no indivíduo lactente. Se o cuidado materno não é suficientemente bom então o lactente realmente não vem a existir, uma vez que não há a continuidade do ser; ao invés a personalidade começa a se construir baseada em reações a irritações do meio.

Tudo isso é significativo para o analista. Na verdade não é da observação direta dos lactentes tanto quanto do estudo na transferência na situação analítica que é possível adquirir uma visão clara do que acontece na própria infância. Esse trabalho sobre a dependência infantil deriva do estudo da transferência e de fenômenos de contratransferência que fazem parte do envolvimento do analista com os casos *borderline*. Na minha opinião esse envolvimento é uma legítima extensão da psicanálise. A única alteração está no diagnóstico da doença do paciente. A etiologia dessa doença remonta ao complexo de Édipo e envolve uma distorção do tempo da dependência absoluta.

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

Sumário

1 – É feito um exame da infância; isto não é a mesma coisa que o exame dos mecanismos mentais primitivos.

2 – O principal aspecto da infância é a dependência; isso é discutido em termos do ambiente de *holding*.

3 – Qualquer estudo da infância deve ser dividido em duas partes:

a) Desenvolvimento do lactente facilitado por cuidado materno suficientemente bom.

b) Desenvolvimento do lactente distorcido pelo cuidado materno, que não é suficientemente bom.

4 – Pode-se considerar fraco o ego do lactente, mas na verdade ele é forte por causa do apoio do ego do cuidado materno. Onde falha o cuidado materno a fraqueza do ego do lactente se torna manifesta.

5 – Os processos da mãe (e do pai) trazem normalmente um estado especial em que o pai se orienta no sentido do lactente, e está assim em posição de satisfazer a dependência do lactente. Há uma patologia desses processos.

6 – Chama-se a atenção para as várias formas em que essas condições inerentes contidas no que aqui é chamado *holding*[20] do ambiente podem ou não aparecer na transferência se o lactente tiver que ir à análise em uma data posterior.

20 – Conceito de *holding* em casos clínicos: Cf. Winnicott, Clare (1954).

A integração do ego no desenvolvimento da criança (1962) 4

Pode-se usar a palavra ego para descrever a parte da personalidade que tende, sob condições favoráveis, a se integrar em uma unidade.

No corpo de um recém-nascido anencefálico podem ocorrer acontecimentos funcionais, inclusive localização instintiva, acontecimentos esses que seriam denominados vivências da função do id, se houvesse um cérebro. Poder-se-ia dizer que, se houvesse um cérebro normal, haveria uma organização dessas funções, e a essa organização se poderia dar o rótulo de ego. Contudo, sem aparelho eletrônico não há vivência, e conseqüentemente não há ego.

Contudo, normalmente o funcionamento do id não é perdido; ele é reunido em todos os seus aspectos e passa a ser vivência do ego. Assim, não faz sentido usar a palavra "id" para fenômenos que não são registrados, catalogados, vivenciados e eventualmente interpretados pelo funcionamento do ego.

Nos estágios mais precoces do desenvolvimento da criança, portanto, o funcionamento do ego deve ser considerado um conceito inseparável daquele da existência da criança como pessoa. Que vida instintiva possa existir sem conexão com o funcionamento do ego pode ser ignorado, porque a criança não é ainda uma entidade viva que tenha experiências. Não há id antes do ego. Somente a partir desta premissa se pode justificar um estudo do ego.

Verificar-se-á que o ego se oferece para estudo muito antes da palavra *self* ter relevância. A palavra em questão aparece depois que a criança começou a usar o intelecto para examinar o que os demais vêem, sentem ou ouvem e o que pensam quando se encontram com esse corpo infantil. (O conceito de *self* não será estudado neste capítulo.)

A primeira pergunta que surge com respeito ao que é denominado ego é a seguinte: há um ego desde o início? A resposta é que o início está no momento em que o ego inicia.[1]

Então surge a *segunda pergunta:* o ego é forte ou fraco? A resposta a esta pergunta depende da mãe e de sua capacidade de satisfazer a dependência absoluta da criança no começo, no estágio anterior à separação entre a mãe e o *self*.

Em minha terminologia, a mãe suficientemente boa é aquela que é capaz de satisfazer as necessidades do nenê no início, e satisfazê-las tão bem que a criança, na sua saída da matriz do relacionamento mãe-filho, é capaz de ter uma breve *experiência de onipotência*. (Isto tem de ser distinguido de *onipotência*, que é o nome dado a um tipo de sentimento.)

A mãe pode fazer isto porque ela se dispôs temporariamente a uma tarefa única, a de cuidar de seu nenê. Sua tarefa se torna possível porque o nenê tem a capacidade, quando a função de ego auxiliar da mãe está em operação, de se relacionar com *objetos subjetivos*. Neste aspecto o bebê pode chegar de vez em quando ao princípio da realidade, mas nunca em toda a parte de uma só vez; isto é, o bebê mantém áreas de objetos subjetivos juntamente com outras em que há algum relacionamento com objetos percebidos objetivamente, ou de objetos "não-eu".

Existe tanta diferença entre o começo de um bebê cuja mãe pode desempenhar esta tarefa suficientemente bem e o de um bebê cuja mãe não o possa que não há validade nenhuma em se descrever bebês nos estágios iniciais a não ser relacionando-os com o funcionamento das mães. Quando a mãe não é suficientemente boa a criança não é capaz de começar a maturação do ego, ou então ao fazê-lo o desenvolvimento do ego ocorre necessariamente distorcido em certos aspectos vitalmente importantes.

É preciso que se entenda que quando se faz referência à capacidade adaptativa da mãe isto tem apenas pouco a ver com sua habilidade de satisfazer os impulsos orais da criança, ao dar alimentação satisfatória, por exemplo. O que está em discussão aqui é concomitante à consideração deste fato. Na verdade, é possível satisfazer um impulso oral e ao fazê-lo *violar* a função do ego da criança, ou do que será mais tarde zelosamente mantido como o *self*, o núcleo da personalidade. Uma satisfação alimentar pode ser uma sedução e pode ser traumática se chega à criança sem apoio do funcionamento do ego.

No estágio que está sendo discutido é necessário não pensar no bebê como uma pessoa que sente fome, e cujos impulsos instintivos podem ser satisfeitos ou frustrados, e sim como um ser imaturo que está continuamente *a pique de sofrer uma ansiedade inimaginável.* Esta ansiedade inimaginável é evitada por esta função vitalmente importante da mãe neste estágio, sua capacidade de se pôr no lugar do bebê e saber o que ele necessita no cuidado geral de seu corpo e, por conseqüência, de sua pessoa. O amor, neste estágio, pode apenas ser demonstrado em termos de cuidados corporais, tal como no último estágio antes do nascimento a termo.

1 – É bom lembrar que o começo é uma soma de começos.

A ansiedade inimaginável tem só umas poucas variedades, sendo cada uma a chave de um aspecto do crescimento normal.

1 – Desintegração.

2 – Cair para sempre.

3 – Não ter conexão alguma com o corpo.

4 – Carecer de orientação.

Pode-se reconhecer que essas são especificamente a essência das ansiedades psicóticas, e pertencem, clinicamente, à esquizofrenia ou ao aparecimento de um elemento esquizóide oculto em uma personalidade não-psicótica nos demais aspectos.

Aqui é preciso interromper a seqüência de idéias para examinar o que ocorre ao bebê que não tem cuidados suficientemente bons no estágio precoce antes de ter distinguido o "eu" do "não-eu". Este é um tema complexo por causa dos graus e variantes que pode apresentar a ineficiência materna. Convém, de início, nos referirmos:

1 – às distorções da organização do ego que constituem as bases das características esquizóides, e

2 – à defesa específica do cuidado de si mesmo, ou ao desenvolvimento de um *self* que cuida de si próprio, e à organização de um aspecto falso da personalidade (falso no sentido que revela um derivado não do indivíduo mas de um aspecto materno no acoplamento mãe-filho). Esta é a defesa cujo êxito pode se constituir em uma nova ameaça à base do *self*, embora designada para escondê-lo e protegê-lo.

As conseqüências de um apoio defeituoso ao ego por parte da mãe podem ser tremendamente devastadoras e incluem as seguintes:

A – Esquizofrenia infantil ou autismo

Este conhecido grupo clínico contém doenças secundárias a lesão ou deficiência física do cérebro e inclui também algum grau de cada tipo de falha nos pormenores da maturação inicial. Em boa proporção desses casos não há evidência de doença ou defeito neurológico.

É uma experiência comum em psiquiatria de crianças o clínico não ser capaz de se decidir por um diagnóstico de defeito primário, doença de Little moderada, pura falha psicológica do início da maturação em uma criança com cérebro intacto, ou uma combinação de duas ou mais dessas anomalias. Em alguns casos há boa evidência de reação produzida pelo fracasso de apoio ao ego do tipo que estou descrevendo neste capítulo.

B – Esquizofrenia latente

Há muitas variedades clínicas de esquizofrenia latente em crianças que passam por normais ou que podem mesmo mostrar um brilho especial do intelecto ou grande

precocidade. A doença em tais casos se revela na fragilidade do "êxito". Pressão e tensão próprias de estágios posteriores podem desencadear uma doença.

C – Falsa autodefesa

O uso de defesas, especialmente a de um falso mas bem sucedido *self*, possibilita a muitas crianças parecerem prometer muito, mas um colapso eventual revela a ausência do *self* verdadeiro.

D – Personalidade esquizóide

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.

Estes graus e tipos de defeitos da personalidade podem se relacionar, na investigação de casos individuais, com vários tipos e graus de falhas em cuidado, manejo e apresentação do objeto no estágio inicial. Isto não significa negar a existência de fatores hereditários mas antes complementá-los em certos aspectos importantes.

O desenvolvimento do ego é caracterizado por várias tendências:

1 – A tendência principal no processo maturativo está contida nos vários significados da palavra *integração*. A integração no tempo se acrescenta ao que poderia ser denominado de integração no espaço.

2 – O ego se baseia em um ego-corporal, mas só quando tudo vai bem é que a pessoa do bebê começa a ser relacionada com o corpo e suas funções, com a pele como membrana limitante. Usei a palavra *personalização* para descrever esse processo, já que o termo despersonalização parece no fundo significar a perda de uma união firme entre o ego e o corpo, inclusive impulsos e satisfações do id. (O termo despersonalização adquiriu de per si um sentido mais sofisticado nos escritos psiquiátricos.)

3 – O ego *inicia as relações objetais*. Com cuidado materno suficientemente bom de início, o bebê não está sujeito a satisfações instintivas a não ser quando há participação do ego. Neste aspecto, não é tanto uma questão de gratificar o bebê como de lhe permitir descobrir e se adaptar por si mesmo ao objeto (seio, mamadeira, leite, etc.)

Quando tentamos avaliar o que fez Sechehaye (1951) quando deu a seu paciente uma maçã no momento exato (realização simbólica) não é menos importante se o paciente a comeu, se limitou a olhá-la, ou pegou-a e guardou-a. O que importa é que o paciente foi capaz de criar um objeto, e Sechehaye nada mais fez do que capacitar o objeto a tomar a forma de maçã, de modo que a moça criou uma parte do mundo real, uma maçã.

Parece possível relacionar estes três fenômenos do crescimento do ego com três aspectos do cuidado da criança:

Integração se relaciona com cuidado.

Personalização, com manejo.

Relações de objetos, com apresentação de objetos.

Isto leva à consideração de dois problemas associados à idéia de integração:

1 - INTEGRAÇÃO VINDA DE ONDE?

É conveniente cogitar de que material emerge a integração em termos de elementos sensoriais e motores, a base do narcisismo primário. Isto levaria à tendência ao sentido existencial. Outra linguagem pode ser usada para descrever esta parte obscura do processo maturativo, mas os rudimentos de uma elaboração imaginária de exclusivo funcionamento do corpo devem ser pressupostos se se pretende afirmar que este novo ser humano começou a existir e começou a adquirir experiências que podem ser consideradas pessoais.

2 - INTEGRAÇÃO COM O QUÊ?

Isto tudo tende ao estabelecimento de um *self* unitário; mas não é demais ressaltar que o que acontece neste estágio precoce depende da proteção do ego proporcionada pelo elemento materno da parelha materno-infantil.

Pode-se dizer que uma proteção do ego suficientemente boa pela mãe (em relação a ansiedades inimagináveis) possibilita ao novo ser humano construir uma personalidade no padrão da continuidade existencial. Todas as falhas que poderiam engendrar a ansiedade inimaginável acarretam uma reação da criança, e esta reação corta a continuidade existencial. Se há recurrência da reação desse tipo de modo persistente, se instaura um padrão de fragmentação do ser. A criança cujo padrão é o de fragmentação da continuidade do ser tem uma tarefa de desenvolvimento que fica, desde o início, sobrecarregada no sentido da psicopatologia. Assim, pode haver um fator muito precoce (datando dos primeiros dias ou horas de vida) na etiologia da inquietação, hipercinesia e falta de atenção (posteriormente designada como incapacidade de se concentrar).

Parece pertinente mencionar aqui que, quaisquer que sejam os fatores externos, é a visão que o indivíduo tem do fator externo o que conta. Ao mesmo tempo é necessário lembrar, contudo, que há um estágio anterior àquele em que o indivíduo começa a repudiar o não-eu. De modo que não há, neste estágio tão precoce, nenhum fator externo; a mãe é parte da criança. Neste estágio o padrão da criança inclui a experiência da criança com a mãe tal como ela é em sua realidade pessoal.

Dir-se-ia que o oposto à integração pareceria ser a desintegração. Isto porém é só parte da verdade. O oposto, em princípio, requer uma denominação como não inte-

gração. O termo relaxamento para um lactente não significa não sentir a necessidade de se integrar, tendo-se como certa a função materna de ego auxiliar. A compreensão de estados de não-excitação requer considerações adicionais nos termos desta teoria.

Usa-se o termo desintegração para descrever uma *defesa* sofisticada, uma defesa que é uma produção ativa do caos contra a não-integração na ausência de auxílio ao ego da parte da mãe, isto é, contra a ansiedade inimaginável ou arcaica resultante da falta de seguranca no estágio de dependência absoluta. O caos da desintegração pode ser tão "ruim" como a instabilidade do meio, mas tem a vantagem de ser produzido pelo bebê e por isso de ser não-ambiental. Está dentro do campo de onipotência do bebê. Em termos de psicanálise, é analisável, enquanto as ansiedades inimagináveis não o são.

A integração está intimamente ligada à função ambiental de segurança. A conquista da integração se baseia na unidade. Primeiro vem o "eu" que inclui "todo o resto é não-eu". Então vem "eu sou, eu existo, adquiro experiências, enriqueço-me e tenho uma interação introjetiva e projetiva com o *não-eu*, o mundo real da realidade compartilhada". Acrescente-se a isso: "Meu existir é visto e compreendido por alguém"; e ainda mais: "É me devolvida (como uma face refletida em um espelho) a evidência de que necessito de ter sido percebido como existente".

Em circunstâncias favoráveis a pele se torna o limite entre o eu e o não-eu. Dito de outro modo, a psique começa a viver no soma e uma vida psicossomática de um indivíduo se inicia.

O estabelecimento do estágio do EU SOU, a par da conquista da inserção e coesão psicossomática, constitui um estado de coisas que se acompanha de um afeto ansioso especifico que tem uma expectativa de perseguição. Esta reação persecutória é inerente à idéia do repúdio do "não-eu", que acompanha a delimitação da unidade do *self* dentro do corpo, com a pele como membrana limitante.

Nas doenças psicossomáticas de certo tipo há, na sintomatologia, uma insistência na interação da psique com o soma, sendo isso mantido como *defesa* contra a ameaça de perda da união psicossomática, ou contra alguma forma de despersonalização.

O manejo descreve a provisão pelo meio que corresponde mais ou menos ao estabelecimento de uma associação psicossomática. Sem manejo ativo e adaptativo suficientemente bons, a tarefa interna pode vir a ser difícil, pode na verdade vir a ser impossível para o desenvolvimento de uma inter-relação psicossomática se tornar estabelecido adequadamente.

O início das relações objetais é complexo. Não pode ocorrer se o meio não propiciar a apresentação de um objeto, feito de um modo que seja o bebê quem crie o objeto. O padrão é o seguinte: o bebê desenvolve a expectativa vaga que se origina em uma necessidade não-formulada. A mãe, em se adaptando, apresenta um objeto ou uma manipulação que satisfaz as necessidades do bebê, de modo que o bebê começa a necessitar exatamente o que a mãe apresenta. Deste modo o bebê começa a se sentir confiante em ser capaz de criar objetos e criar o mundo real. A mãe proporciona ao bebê um breve período em que a onipotência é um fato da experiência. Deve-se ressaltar que, ao me referir ao início das relações objetais, não estou me

referindo a satisfações ou frustrações do id. Refiro-me às pré-condições, tanto internas como externas ao bebê, que proporcionam uma experiência do ego de uma amamentação satisfatória (ou uma reação à frustração).

Resumo

Meu objetivo é fazer uma exposição sucinta de minha concepção do início do ego. Utilizo o conceito de integração do ego, e o papel da integração do ego no início do desenvolvimento emocional da criança, da criança que está continuamente se movendo da dependência absoluta para a relativa, e daí para a independência. Esboço o início das relações objetais dentro do contexto da experiência e crescimento da criança.

Mais ainda, tento avaliar a importância do meio real nos estágios mais precoces, isto é, antes que o bebê começou a distinguir o não-eu do eu. Contrasto a força do ego do bebê que recebe apoio para o ego do comportamento adaptativo da mãe real, ou amor, com a fraqueza do ego do bebê cujo propiciar pelo meio é defeituoso neste estágio tão precoce.

Provisão para a criança na saúde e na crise[1] (1962) 5

Este é um tema extenso. Por isso me proponho a escolher certos aspectos que podem ser estabelecidos facilmente e elaborados como significativos, ressaltando em particular aqueles pontos deste tema geral que fazem parte de nossa época.

1 – Quando falamos de provisão para a saúde, falamos hoje em dia de saúde mental. O que nos interessa é o desenvolvimento emocional da criança e o estabelecimento das bases de uma vida de saúde mental. A razão para isso é que em Pediatria os desenvolvimentos do lado físico têm sido tão grandes que sabemos por onde andamos. Há o desenvolvimento corporal, que ocorre provida uma boa hereditariedade, como resultado de boa alimentação e boas condições físicas. Compreendemos o significado das palavras "boa alimentação" e as doenças carenciais são atualmente raras. Além disso, quando o quadro é de condicões de subalimentação e má habitação, temos uma consciência social e sabemos o que fazer. Na Grã-Bretanha isto se cristalizou na forma de leis sociais, as quais, com todos os seus inconvenientes e novos problemas que se criam, nos tornam satisfeitos, se bem que também irritados quando temos de pagar os altos impostos.

Por isso, ao considerarmos este tema, partiremos do pressuposto de que as crianças a que nos referimos estão tão sadias fisicamente quanto a profilaxia e os tratamentos modernos podem conseguir; ou então que qualquer doença física presente está sob controle pediátrico, e que nosso objetivo é estudar a saúde mental da criança com essa doença. Por uma questão de simplicidade, iniciamos com a saúde mental da criança fisicamente sadia.

1 – Apresentado num painel organizado pela Divisão de Extensão do Instituto de Psicanálise de São Francisco, em outubro de 1962.

É óbvio que se uma criança sofre de anorexia nervosa, a inanição que daí resulta não pode ser atribuída à negligência física. Se há as chamadas "famílias-problemas" não se pode culpar inteiramente a autoridade local pelas condições de favela em que a criança é criada. O cuidado físico é afetado pela capacidade das crianças ou pais de recebê-lo e se verifica que ao redor da área a que chamamos de cuidado físico há o território complexo dos distúrbios emocionais do indivíduo, de grupos de indivíduos ou da sociedade.

2 – Prover para a criança é por isso uma questão de prover o ambiente que facilite a saúde mental individual e o desenvolvimento emocional. Não sabemos realmente muita coisa sobre como os adultos se desenvolvem a partir das crianças e estas dos lactentes, mas um primeiro princípio é que saúde é maturidade, maturidade de acordo com a idade do indivíduo.

O desenvolvimento emocional ocorre na criança se se provêem condições suficientemente boas, vindo o impulso para o desenvolvimento de dentro da própria criança. As forças no sentido da vida, da integração da personalidade e da independência são tremendamente fortes, e com condições suficientemente boas a criança progride; quando as condições não são suficientemente boas essas forças ficam contidas dentro da criança e de uma forma ou de outra tendem a destruí-la.

Temos uma visão dinâmica do desenvolvimento infantil e observamos isto se converter (em condições normais) nos impulsos familiar e social.

3 – Se saúde é maturidade, então imaturidade de qualquer espécie é saúde mental deficiente, sendo uma ameaça ao indivíduo e uma perda para a sociedade. De fato, embora a sociedade possa utilizar as tendências agressivas dos indivíduos, não pode utilizar sua imaturidade. Se se considera o que se deve prover, verificamos que temos de acrescentar:

1 – tolerância para com a imaturidade e saúde mental deficiente do indivíduo;
2 – terapia;
3 – profilaxia.

4 – De imediato quero fazer um pronunciamento para me contrapor a qualquer impressão que possa ter dado que saúde é o suficiente. Não estamos apenas interessados na maturidade individual e em que os indivíduos estejam livres de doença mental ou neurose; estamos interessados com a riqueza do indivíduo não em termos de dinheiro mas de realidade psíquica interna. Na verdade, freqüentemente perdoamos um homem ou uma mulher por doença mental ou outro tipo de imaturidade porque esta pessoa tem uma personalidade tão rica que a sociedade tem muito a ganhar da contribuição excepcional que ela pode fazer. Permito-me afirmar que a contribuição de Shakespeare foi tal que não importaria se descobríssemos que era imaturo, ou homossexual ou anti-social em algum aspecto. Este princípio pode ser largamente aplicado e não preciso me estender neste ponto. Um projeto de pesquisa, por exemplo, pode revelar, por estatística significativa, que lactentes que são alimentados com ma-

madeira são fisicamente mais saudáveis e talvez até menos suscetíveis à doença mental do que aqueles que não o são. Mas estamos interessados também na riqueza da experiência da alimentação ao seio em comparação com esta alternativa, se isto afeta a riqueza do potencial da personalidade do lactente crescendo até a meninice e a vida adulta.

Isto é suficiente se fica claro que nosso objetivo é mais do que prover condições saudáveis para produzir saúde. Riqueza de qualidade, ainda mais do que saúde, é que fica no topo da escalada do progresso humano.

5 – Consideramos prover para a criança – e para a criança dentro do adulto. O adulto maduro, de fato, toma parte na atividade de prover. Ou, dito de outra forma, a meninice consiste na progressão da dependência para a independência. Precisamos examinar as necessidades da criança, que vão mudando à medida que esta muda da dependência para a independência. Isto nos leva ao estudo das necessidades mais precoces das crianças pequenas e lactentes, e aos extremos da dependência. Podemos considerar os graus de dependência em uma série:

a) *Dependência extrema.* Aí as condições precisam ser suficientemente boas, senão o lactente não pode iniciar seu desenvolvimento inato. Falha ambiental: deficiência mental não-orgânica; esquizofrenia da infância; predisposição a doença mental hospitalizável mais tarde.

b) *Dependência.* Aí, falhando as condições, traumatizam de fato, mas já há então uma pessoa para ser traumatizada.

Falha ambiental: predisposição a distúrbios afetivos; tendência anti-social.

c) *Mesclas dependência-independência.* Aí a criança está fazendo experimentações em independência, mas precisa que lhe seja possível reexperimentar dependência.

Falha ambiental: dependência patológica.

d) *Independência-dependência.* É a mesma coisa, mas com predomínio da independência. Falha ambiental: arrogância; surtos de violência.

e) *Independência.* Significando um ambiente internalizado: uma capacidade por parte da criança de cuidar de si mesma.

Falha ambiental: não necessariamente prejudicial.

f) *Sentido social.* Aí está explícito que o indivíduo pode se identificar com adultos e com o grupo social, ou com a sociedade, sem perda demasiada do impulso pessoal ou originalidade ou sem perda demasiada dos impulsos agressivos e destrutivos que encontraram, presumivelmente, expressão satisfatória em formas deslocadas.

Falha ambiental: falta parcial da responsabilidade do indivíduo como pai ou mãe ou como figura paterna na sociedade.

6 - É claro que é uma simplificação excessiva se dizer que saúde é maturidade (apropriada para a idade). A história do desenvolvimento emocional de uma criança é tremendamente complicada, e mais complexa mesmo do que sabemos. Não podemos expor o que sabemos em poucas palavras, nem concordar exatamente com relação

aos detalhes. Mas isso não importa. Lactentes e crianças têm estado crescendo e se desenvolvendo por séculos, isto é, independentemente do progresso de nossa compreensão individual da infância. Mas precisamos chegar a uma teoria do desenvolvimento normal para podermos ser capazes de compreender as doenças e as várias imaturidades, uma vez que já não nos damos mais por satisfeitos a menos que possamos preveni-las e curá-las. Não aceitamos esquizofrenia infantil mais do que aceitamos poliomielite ou a condição da criança espástica. Tentamos prevenir, e esperamos ser capazes de conduzir à cura onde quer que haja anormalidade que signifique sofrimento para alguém.

É necessário dizer, contudo, que se de início se aceita hereditariedade então:

a) provisão ambiental suficientemente boa realmente tende a prevenir doença esquizofrênica ou psicótica; mas

b) apesar do melhor cuidado do mundo a criança ainda está sujeita aos distúrbios associados com os conflitos originados da vida instintiva.

Com relação a *b:* a criança que está suficientemente bem para alcançar situações triangulares como as que ocorrem entre pessoas sadias na meninice, quando (como mais tarde na adolescência) a vida instintiva está em seu ponto nodal de expressão máxima, fica sujeita a conflitos, que em certa extensão se manifestam como ansiedade ou na forma de defesas organizadas contra a ansiedade. Estas defesas ocorrem na normalidade, mas quando rígidas constituem as formações de sintomas próprios da doença neurótica (não-psicótica).

De modo que na saúde as dificuldades pessoais têm de ser resolvidas dentro da criança e não podem ser prevenidas por cuidado adequado. Distorções anteriores, por outro lado, podem ser prevenidas.

É difícil expor isto sem ser mal interpretado. Seja qual for o estágio de desenvolvimento que se considere, são sempre os conflitos do bebê ou da criança que são o tema central. É a tendência inata no sentido da integração e do crescimento que produz a saúde e não a provisão ambiental. Ainda assim é necessária provisão suficientemente boa, de forma absoluta no princípio e de forma relativa em estágios posteriores, no estágio do complexo de Édipo, no período de latência e também na adolescência. Tentei encontrar palavras que indicassem a diminuição gradativa da dependência da provisão ambiental.

7 – Para evitar sobrecarregar esta seção com a exposição da teoria do desenvolvimento emocional, é conveniente se referir aos estágios essenciais do modo a seguir:

1 – Desenvolvimento em termos de vida instintiva (id), isto é, em termos de relações objetais.

2 – Desenvolvimento em termos de estrutura da personalidade (ego), isto é, em termos do que existe, para experimentar os impulsos instintivos e relações objetais que têm os impulsos instintivos como base.

1 – Na teoria com a qual trabalhamos há uma progressão bem conhecida de uma vida instintiva alimentar para uma genital. O período de latência marca o fim do período de crescimento, que será retomado na adolescência. Normalmente a criança

de quatro anos tem consigo a capacidade de experimentar uma identificação com ambos os pais, nas relações instintivas destes, mas esta experiência só é completa nos brinquedos e nos sonhos, e pelo emprego de simbolismos. Na puberdade o crescimento da criança acrescenta a tudo isso a capacidade física para a experiência genital e para matar de verdade. Este é o tema central do desenvolvimento pessoal na meninice.

2 – Certas tendências no crescimento da personalidade são caracterizadas pelo fato de poderem ser verificáveis desde o início mais precoce, nunca chegando a se completar. Refiro-me a fatos como:

a) Integração, incluindo integração no tempo.

b) O que poderia se denominar de "inserção": a conquista de um relacionamento íntimo e à vontade entre a psique e o corpo, e o funcionamento do corpo.

c) O desenvolvimento da capacidade de estabelecer relações com objetos, a despeito do fato de que, em certo sentido, e de modo muito importante, o indivíduo é um fenômeno isolado e defende este isolamento a qualquer custo.

d) Tendências que gradativamente se revelam na saúde, como por exemplo a tendência no sentido da independência (à qual já me referi); a capacidade para um sentimento de preocupação e de culpa; a capacidade de amar e de gostar da mesma pessoa; e a capacidade para sentir felicidade no momento apropriado.

Ao discutir provisão para saúde mental é mais produtivo considerar 2 do que 1. Os detalhes vitalmente importantes de 1 podem ser deixados para que cuidem de si mesmos; em caso de irem mal, a criança necessitará de um psicoterapeuta. Com relação aos processos agrupados em 2, contudo, o que provemos se mantém importante à medida que a criança cresce, na verdade nunca deixando de sê-lo e se une às provisões que interessam àqueles que cuidam dos idosos. Dito de outra forma: será produtivo examinar as necessidades dos lactentes e então traduzir essas necessidades para uma linguagem que é apropriada a todas as idades.

Para me fazer entender melhor, quando provemos uma piscina com todos os seus acessórios, essa provisão se relaciona com o cuidado com que a mãe dá banho em seu bebê, e com aquilo com que ela geralmente satisfaz a necessidade de movimento e expressão corporal do bebê, e com experiências cutâneas e musculares que trazem satisfação. Isto também se relaciona com a provisão que é apropriada ao tratamento de certas doenças. De um lado se relaciona com a terapia ocupacional, que tem grande valor em certos estágios do tratamento do doente mental; e por outro lado, se relaciona com a fisioterapia, que é apropriada, por exemplo, no tratamento de crianças espásticas.

Em todos estes casos - da criança normal, do lactente, do doente mental e do espástico ou deficiente - a provisão facilita a tendência inata da criança de habitar o corpo e apreciar as funções dele, e de aceitar a limitação que a pele acarreta, como membrana limitante, separando o eu do não-eu.

8 – Enquanto tentamos entender isso tudo queremos tentar também compreender por que uma mãe (incluo o pai) não necessita ter uma compreensão intelectual das necessidades do lactente. Uma compreensão intelectual dessas necessi-

dades é inútil para ela e através dos tempos as mães têm satisfeito as necessidades dos seus bebês, de modo geral.

Em meus escritos destaquei isso de modo especial. Acho que devemos considerar uma característica da maternidade que se vê como um reflexo em nossa própria necessidade de nos preocuparmos com qualquer tarefa, se temos de fazê-la bem. Ao nos concentrarmos ou nos preocuparmos podemos ficar retraídos, instáveis, anti-sociais ou apenas irritáveis, de acordo com nosso padrão pessoal. Acho que isto é um pálido reflexo do que acontece às mães, se estão suficientemente bem (como a maioria está) para se entregarem à maternidade. Elas se tornam cada vez mais identificadas com o bebê, e isto elas mantêm quando ele nasce, embora gradualmente o percam nos meses seguintes ao nascimento do bebê. Por causa dessa identificação com o bebê elas mais ou menos sabem o que ele necessita. Refiro-me a coisas vitais como ser segurado ao colo, mudado de lado, deitado e levantado, ser acariciado; e naturalmente, alimentado de um modo sensato, o que envolve mais do que a satisfação de um instinto. Tudo isso facilita os estágios iniciais das tendências integrativas do lactente e o começo da estruturação do ego. Pode-se dizer que a mãe torna o fraco ego do bebê em um forte, porque está lá, reforçando tudo, como a suspensão hidráulica de um ônibus.

Dediquei algum tempo a esta questão porque acho que qualquer mãe, se soubesse (e eu não gostaria que fosse assim), teria algo para nos ensinar em nossos esforços para prover as necessidades dos indivíduos, de modo que seus processos naturais pudessem se desenvolver. O padrão consiste em nos identificarmos de algum modo com o indivíduo, de tal maneira que possamos prover aquilo de que ele necessita a qualquer momento. Só nós sabemos que existe algo que pode satisfazer essa necessidade.

Lembro-me de uma manhã de Natal, quando tinha quatro anos de idade, quando acordei e me dei conta de que era dono de um carrinho azul feito na Suíça, como aqueles que as pessoas usam para trazer lenha para casa. Como é que meus pais podiam saber que era exatamente aquilo que eu queria? Eu não sabia que existiam carros tão divinos. Naturalmente, eles sabiam por sua capacidade de adivinhar meus sentimentos e sabiam sobre os carrinhos por terem estado na Suíça. Isto leva à "realização simbólica" de Sechehaye, o aspecto central no tratamento da esquizofrenia, caracterizada pela incapacidade de estabelecer relações objetais.[2] Sechehaye conhecia a necessidade do paciente e sabia também onde achar uma maçã madura. É o mesmo que o oferecimento do seio ao lactente pela mãe, e mais tarde o oferecimento dos alimentos sólidos e dos frutos da terra; o pai, por sua vez, não cria as necessidades do lactente, mas as satisfaz no momento exato.

Nós, como as mães, precisamos saber a importância:

da *continuidade* do ambiente humano, e do mesmo modo, do ambiente não-humano, que auxilia a integração da personalidade do indivíduo;

2 – Sechehaye, M.A. (1951). *Symbolic Realization*. New York: *International Universities* Press.

da *confiança*, que torna o comportamento da mãe previsível;

da *adaptação gradativa* às necessidades cambiantes em expansão da criança, cujo processo de crescimento a impele no sentido da independência e da aventura;

da *provisão para concretizar o impulso criativo da criança.*

Além disso a mãe sabe que deve se manter vivaz e fazer o bebê sentir e ouvir sua vivacidade. Sabe que precisa adiar seus próprios impulsos até a época em que a criança possa utilizar sua existência separada de modo positivo. Sabe que não deve deixar a criança por mais minutos, horas ou dias acima da capacidade da mesma de conservar a lembrança dela vivaz e amiga. Se deve se afastar por tempo demasiado ela sabe que por algum tempo ela terá de se transformar de mãe em terapeuta, isto é, terá de "mimar" seu filho para tê-lo de volta (se não é demasiado tarde) ao estado em que tem a mãe como certa, novamente. Isto se relaciona com a provisão que fazemos ao nos defrontarmos com crises – o que é diferente de prover psicanálise, que é outra coisa bem diferente.

Neste contexto retorno a 5 *b)* acima, que se refere ao tema da separação da criança de um a dois anos da mãe, acima da capacidade de manter viva a lembrança da mãe, produzindo um estado que pode mais tarde se assemelhar a uma tendência anti-social. O funcionamento interno disto é complexo, mas a continuidade das relações objetais da criança foi interrompida e o desenvolvimento fica detido. Quando a criança tenta preencher este vazio, isto é chamado de roubo.

Para se desempenhar bem a mãe necessita de apoio externo; habitualmente o marido a protege da realidade exterior e assim a capacita a proteger seu filho de fenômenos externos impredizíveis, aos quais a criança reagiria; deve ser lembrado que cada reação a uma irritação traz uma solução de continuidade na existência pessoal da criança e vai contra o processo de integração.

Contudo, de modo geral, para estudar o que prover na saúde e na crise podemos, com mais proveito, estudar a mãe (sempre incluindo o pai) e o que lhe ocorre naturalmente para prover ao bebê. Verificamos que o aspecto principal é que ela sabe o que o lactente necessita *através de sua identificação com o lactente.* Ou, dito de outro modo, verificamos que ela não tem de fazer uma lista do que tem de fazer amanhã; ela sente o que é necessário no momento.

Do mesmo modo não temos que planejar os detalhes do que prover para as crianças sob nosso cuidado. *Devemos nos organizar de modo que em cada caso haverá alguém com tempo e inclinação para saber o que a criança precisa.* Pode-se saber isso na base de alguém conhecer a criança. A identificação com a criança não precisa ser tão profunda como a da mãe com o recém-nascido, exceto, naturalmente, quando a criança considerada está doente – imatura ou deformada emocionalmente, ou incapacitada por alguma doença física. Quando a criança está doente, há uma crise, e a terapia necessária envolve o terapeuta pessoalmente; o trabalho não pode ser feito em outras bases.

Resumo

Tentei relacionar as necessidades das crianças às dos bebês, e as das crianças em crise às dos bebês, e relacionar o que provemos no cuidado das crianças com o que é provido naturalmente pelos pais (isto é, a menos que estejam demasiado doentes para responder ao apelo da paternidade). Não necessitamos pensar em sermos sagazes ou mesmo em conhecer toda a complexa teoria do desenvolvimento emocional do indivíduo. Antes necessitamos dar a oportunidade para as pessoas certas conhecerem as crianças e assim pressentir suas necessidades. Poderia se usar a palavra "amor" aqui, correndo o risco de soar sentimental. Isto leva à observação final: muitas vezes, sem deixar a área abrangida pela palavra amor, verificaremos que uma criança necessita de firmeza na orientação, precisando ser tratada como a criança que é e não como um adulto.

O desenvolvimento da capacidade de se preocupar[1] (1963) 6

A origem da capacidade de se preocupar representa um problema complexo. Preocupação é um aspecto importante da vida social. Os psicanalistas geralmente procuram sua origem no desenvolvimento emocional do indivíduo. Queremos saber a etiologia da preocupação e a época em que aparece no desenvolvimento da criança. Estamos também interessados na falha do estabelecimento da capacidade do indivíduo de se preocupar, e na perda dessa capacidade que tinha, em certa extensão, sido estabelecida.

A palavra "preocupação" é empregada para expressar de modo positivo um fenômeno que em seu aspecto negativo é expresso pela palavra "culpa". O sentimento de culpa é a ansiedade ligada ao conceito de ambivalência e implica certo grau de integração do ego do indivíduo que possibilita a retenção das imagens de bons objetos concomitante com a idéia de destruição dos mesmos. Preocupação implica maior integração e crescimento e se relaciona de modo positivo com o senso de responsabilidade do indivíduo, especialmente no que concerne aos relacionamentos em que entram os impulsos instintivos.

Preocupação indica o fato do indivíduo se *importar*, ou *valorizar*, e tanto sentir como aceitar responsabilidade. Em nível genital no enunciado da teoria do desenvolvimento, preocupação pode ser considerada a base da família, cujos membros unidos na cópula – além de seu prazer – assumem responsabilidade pelo resultado. Mas na vida imaginária total do indivíduo, o tema da preocupação levanta questão até mais ampla, e a capacidade de se preocupar está na base de todo brinquedo e

1 – Apresentado à Sociedade Psicanalítica de Topeka, em 12 de outubro de 1962, e publicado pela primeira vez no *Bulletin of the Menninger Clinic*, 27, p. 167-79.

trabalho construtivo. Pertence ao viver normal, sadio, e merece a atenção do psicanalista.

Há boa razão para se acreditar que preocupação – com seu aspecto positivo – emerge no desenvolvimento emocional inicial da criança em um período anterior ao do clássico complexo de Édipo, que envolve um relacionamento a três pessoas, cada uma sendo percebida como uma pessoa completa pela criança. Mas não há necessidade de se ser preciso sobre a época, e na verdade a maioria dos processos que se iniciam no início da infância nunca estão completamente estabelecidos e continuam a ser reforçados pelo crescimento que continua posteriormente na infância e através da vida adulta, até mesmo na velhice.

Usa-se descrever a origem da capacidade de se preocupar em termos de relacionamento do lactente com a mãe, quando aquele já é uma unidade estabelecida, e quando o lactente sente a mãe, ou figura materna, como uma pessoa completa. Este é um desenvolvimento que faz parte basicamente do período de relacionamento a duas pessoas.

Em todo enunciado do desenvolvimento da criança certos princípios são dados como certos. Desejo aqui afirmar que os processos de maturação formam a base do desenvolvimento do lactente e da criança, tanto em psicologia como em anatomia e fisiologia. A despeito disso, no desenvolvimento emocional fica claro que certas condições externas são necessárias para os potenciais de maturação se tornarem realizados. Isto é, o desenvolvimento depende de um ambiente suficientemente bom, e quanto mais para trás se vai no estudo do bebê, tanto mais isso é verdade, que sem maternidade suficientemente boa os estágios iniciais do desenvolvimento não podem ter lugar.

Muito já aconteceu no desenvolvimento do bebê antes de podermos mencionar preocupação. A capacidade de se preocupar é uma questão de higidez, uma capacidade que, uma vez estabelecida, pressupõe uma organização complexa do ego, que não se pode considerar de outro modo que não seja o de uma conquista, tanto uma conquista do cuidado do lactente e da criança como uma conquista dos processos internos de crescimento no bebê e na criança. Considerarei *a priori* um ambiente suficientemente bom nos estágios iniciais, para simplificar o tema que desejo examinar. O que tenho a dizer, então, depende de processos de maturação complexos, por sua vez dependentes, para se concretizarem, de cuidado do bebê e da criança suficientemente bons.

Dos vários estágios que foram descritos por Freud e pelos psicanalistas que se seguiram a ele, preciso ressaltar um que tem de envolver o emprego da palavra "fusão". Esta é a consecução do desenvolvimento emocional em que o bebê experimenta impulsos agressivos e eróticos dirigidos ao mesmo objeto e ao mesmo tempo. Do lado erótico há tanto procura da satisfação como procura do objeto, e do lado agressivo há um complexo de raiva empregando erotismo muscular e de ódio, que envolve a retenção de um objeto bom em imagem, para comparação. Além disso, o impulso agressivo-destrutivo global pertence a um tipo primitivo de relação objetal, em que amar envolve destruição. Muito disso é necessariamente obscuro e não necessito saber tudo sobre a origem da agressão para continuar com minha discussão, porque

considero certo que o bebê se tornou capaz de combinar a experiência erótica com a agressiva e relativa a um único objeto. Chegou-se à ambivalência.

Na ocasião em que isso se torna um fato no desenvolvimento da criança, o lactente se tornou capaz de experimentar ambivalência na fantasia, bem como nas funções corporais das quais a fantasia é, originalmente, uma elaboração. Além disso, o lactente está começando a se relacionar com objetos que são, cada vez menos, fenômenos objetivos e cada vez mais, percebidos como elementos "não-eu". Ele começou a estabelecer um *self*, uma unidade que está contida fisicamente na pele do corpo e que está psicologicamente integrada. A mãe se tornou agora – na mente da criança – uma imagem coerente, e o termo "objeto total" pode agora ser utilizado. Este estado de coisas, precário de início, poderia ser apelidado de "estágio de Humpty-Dumpty",* a parede à qual este se pendura precariamente sendo a mãe que cessou de oferecer seu colo.

O desenvolvimento implica um ego que começou a se tornar independente do ego auxiliar da mãe, podendo-se agora dizer que há um interior no bebê, e portanto, também um exterior. O esquema corporal começa a viver e rapidamente adquire complexidade. Daí em diante o lactente vive uma vida psicossomática. A realidade psíquica interna que Freud nos ensinou a respeitar se torna uma coisa real para o lactente, que agora sente aquela riqueza pessoal que existe dentro do *self*. Esta riqueza pessoal se desenvolve a partir da experiência do ódio e amor simultâneos que implicam conquista da ambivalência, com o enriquecimento e refinamento do que leva ao surgimento da preocupação.

É proveitoso pressupor a existência para o lactente imaturo de duas mães – deveria eu chamá-las de mãe-objeto e mãe-ambiente? Não desejo inventar nomes que provoquem confusão e eventualmente desenvolvam uma rigidez e uma qualidade obstrutiva, mas parece possível empregar estas expressões "mãe-objeto" e "mãe-ambiente" neste contexto para descrever a tremenda diferença que existe para o lactente entre dois aspectos do cuidado do lactente, a mãe como objeto, ou possuidora do objeto parcial que pode satisfazer as necessidades urgentes do lactente, e a mãe como a pessoa que evita o imprevisto e que ativamente provê o cuidado de suster e do manejo global. O que o lactente faz no ápice da tensão do id e o uso que assim faz do objeto me parece muito diferente do uso que faz da mãe como parte do ambiente total.[2]

Nesta linguagem é a mãe-ambiente que recebe tudo que pode ser chamado de afeição e coexistência sensual; é a mãe-objeto que se torna o alvo da experiência excitante baseada na tensão crua do instinto. Minha tese é que a preocupação surge na vida do bebê como uma experiência altamente sofisticada ao se unirem na mente do lactente a mãe-objeto e a mãe-ambiente. A provisão ambiental continua a ser vitalmente importante aqui, embora o lactente esteja começando a ser capaz de possuir uma estabilidade interna que faz parte do desenvolvimento da independência.

Em circunstâncias favoráveis, quando o bebê atingiu o estágio necessário no

*Humpty-Dumpty – personagem de conto infantil que está constantemente caindo. (N. Trad.)
2 – Este é um tema que foi desenvolvido recentemente em um livro de Harold Searles (1960).

desenvolvimento pessoal, surge uma nova fusão. Em um aspecto, há a experiência global e fantasia de relações objetais baseadas no instinto, sendo o objeto usado sem consideração com as conseqüências, impiedosamente (na medida que usamos esta palavra como uma medida de nossa visão do que acontece). E, concomitantemente, há um relacionamento mais ameno do bebê com a mãe-ambiente. Estes dois fatos ocorrem juntos. O resultado é complexo e é este que quero descrever em particular.

As circunstâncias favoráveis neste estágio são as seguintes: que a mãe continue viva e disponível, disponível fisicamente e também no sentido de não estar preocupada com outra coisa. A mãe-objeto tem de demonstrar que sobrevive aos episódios dirigidos pelo instinto, que agora adquiriram a potência máxima de fantasias de sadismo oral e outros resultados da fusão. Além disso a mãe-ambiente tem uma função especial, que é a de continuar a ser ela mesma, a ser empática com o lactente, a de estar lá para receber o gesto espontâneo e se alegrar com isso.

A fantasia que acompanha os fortes impulsos do id reúne ataque e destruição. Não é só o bebê imaginar que devora o objeto, mas também que quer tomar posse dos conteúdos do objeto. Se o objeto não é destruído é por causa de sua própria capacidade de sobreviver e não por causa da proteção do objeto pelo bebê. Este é um lado do quadro.

O outro lado tem que ver com o relacionamento do bebê com a mãe-ambiente e deste ângulo pode vir uma proteção tão grande por parte da mãe que o bebê se torna inibido e se afasta. Aqui existe um elemento positivo na experiência do desmame pelo lactente, sendo uma razão por que alguns bebês se desmamam eles próprios.

Em circunstâncias favoráveis se erige uma técnica para a solução desta forma complexa de ambivalência. O lactente sente ansiedade, porque se ele consumir a mãe ele a perderá, mas esta ansiedade se torna modificada pelo fato do bebê ter uma contribuição a fazer à mãe-ambiente. Há uma confiança crescente de que haverá oportunidade para contribuir, para dar à mãe-ambiente uma confiança que torna o lactente capaz de tolerar a ansiedade. A ansiedade tolerada deste modo se torna alterada em sua qualidade e se torna sentimento de culpa.

Os impulsos instintivos levam ao uso impiedoso dos objetos, e daí a um sentimento de culpa que é retido e mitigado pela contribuição à mãe-ambiente que o lactente pode fazer no decurso de algumas horas. Além disso, a oportunidade para se doar e fazer reparação que a mãe-ambiental oferece por sua presença consistente capacita o bebê a se tornar cada vez mais audaz ao experimentar seus impulsos instintivos; ou, dito de outro modo, libera a vida instintiva do mesmo. Deste modo a culpa não é sentida, mas permanece dormente, ou em potencial, e aparece (como tristeza ou estado de ânimo deprimido) somente se não surge a oportunidade de reparação.

Quando a confiança neste ciclo benigno e na expectativa da oportunidade se estabelece, o sentimento de culpa relacionado com os impulsos do id sofre nova modificação; precisamos então de um termo mais positivo, tal como "preocupação". O lactente está agora se tornando capaz de ficar preocupado, de assumir responsabilidade por seus próprios impulsos instintivos e as funções que dele fazem parte.

Isto provê um dos elementos construtivos fundamentais do brinquedo e do trabalho. Mas no processo de desenvolvimento foi a oportunidade de contribuir que possibilitou à preocupação se situar dentro das capacidades da criança.

Um aspecto que deve ser ressaltado, especialmente em relação ao conceito de ansiedade que é "retido", é que a integração no *tempo* se acrescentou à integração mais estática dos estágios mais precoces. O tempo se mantém em marcha pela mãe e este é um aspecto do funcionamento de seu ego auxiliar; mas o lactente vem a ter um sentido de tempo pessoal, que de início dura apenas curto espaço de tempo. Este é o mesmo da capacidade do lactente de manter viva a imagem da mãe no mundo interno, que contém também os elementos benignos e persecutórios fragmentários que se derivam das experiências instintivas. A extensão do período de tempo em que a criança pode manter viva a imagem na realidade psíquica interna depende em parte dos processos de maturação e em parte do estado da organização interna das defesas.

Esbocei alguns aspectos da origem da preocupação nos estágios iniciais, em que a presença contínua da mãe tem um valor específico para o lactente, isto é, para que a vida instintiva tenha liberdade de expressão. Mas este equilíbrio tem de ser conquistado repetidas vezes. Tomemos o caso óbvio de um adolescente ou o caso igualmente óbvio de um paciente psiquiátrico, para o qual a terapia ocupacional é muitas vezes um começo na estrada rumo a um relacionamento construtivo com a sociedade. Ou considere-se um médico e suas necessidades. Privem-no de seu trabalho e onde vai parar ele? Ele necessita de seus pacientes e da oportunidade de empregar suas habilidades tanto como outros.

Não desenvolverei extensamente o tema da falta de desenvolvimento da preocupação ou da perda da capacidade de se preocupar que tinha sido quase mas não inteiramente estabelecida. Brevemente, o fracasso da mãe-objeto em sobreviver ou da mãe-ambiente em prover oportunidades consistentes para reparação leva a uma perda da capacidade de se preocupar e à sua substituição por ansiedades e defesas cruas tais como *splitting* e desintegração. Discutimos muitas vezes ansiedade de separação, mas estou aqui tentando descrever o que acontece entre as mães e seus bebês e entre os pais e suas crianças quando *não* há separação, e quando a continuidade externa do cuidado infantil *não* é interrompida. Estou tentando considerar as coisas que ocorrem quando se evita a separação.

Para ilustrar minha comunicação darei alguns exemplos da prática clínica. Não quero, contudo, sugerir que estou me referindo a algo raro. Quase que qualquer psicanalista poderia prover um exemplo no decurso de uma semana. E deve-se recordar que em qualquer exemplo tomado de uma análise há um conjunto de mecanismos mentais que o analista precisa compreender que fazem parte de estágios posteriores do desenvolvimento do indivíduo, e a defesas que são denominadas de neuróticas. Estas só podem ser ignoradas quando o paciente está em um estado de severa regressão à dependência na transferência, e fica, de fato, um bebê aos cuidados de uma figura materna.

Exemplo nº 1: Citarei primeiro o caso de um menino de doze anos de idade que fui solicitado a entrevistar. Era um menino cujo desenvolvimento para diante o levara

à depressão, que incluía grande quantidade de ódio e agressão inconscientes e cujo desenvolvimento *para trás*, se se pode empregar esta expressão, levava-o a ver rostos, a experiências horríveis porque representavam pesadelos tidos no estado de vigília, isto é, em alucinação. Havia boa evidência de força de ego neste menino, como testemunhavam seus estados depressivos. Um dos modos como esta força do ego se revelou na entrevista foi este:

Ele teve um pesadelo, com uma enorme figura masculina com chifres ameaçando um minúsculo *self*, um "*self*-formiga". Perguntei-lhe se alguma vez na vida tinha sonhado ser ele próprio um enorme macho com chifres, com a formiga sendo outro, seu irmão, por exemplo, na época da sua primeira infância. Disse que sim. Quando não rejeitou minha interpretação de seu ódio de seu irmão, dei-lhe a oportunidade de me falar de seu potencial de reparação. Isto veio naturalmente através de sua descrição do trabalho de seu pai como mecânico de refrigeração. Perguntei lhe o que ele próprio gostaria de ser um dia. Ele "não tinha idéia nenhuma" e ficou perturbado. Relatou então "não um sonho triste, mas o que poderia ser um sonho triste: seu pai morto". Estava próximo às lágrimas. Nesta fase da entrevista houve um longo período em que quase nada mais aconteceu. Ao final o menino disse, muito timidamente, que gostaria de ser um cientista.

Revelou então que poderia imaginar-se como fazendo uma contribuição. Embora pudesse não possuir a habilidade necessária, ele tinha a idéia. A propósito, este objetivo o levaria adiante de seu pai, porque, como disse, o trabalho de seu pai não era de modo algum o de um cientista, era o de "um simples mecânico".

Achei então que a entrevista poderia terminar em seu próprio tempo; achei que o menino poderia se ir sem ser perturbado pelo que eu tinha feito. Tinha interpretado sua destrutividade potencial mas a verdade é que ele tinha em si próprio ser construtivo. O me fazer saber que tinha objetivo na vida lhe possibilitou se ir, sem sentir que tinha de me fazer pensar que não era apenas um furioso e destruidor. E ainda assim eu não tinha dito nada para tranqüilizá-lo.

Exemplo nº 2: Um de meus pacientes fazendo psicoterapia iniciou uma sessão por me dizer que tinha ido ver um de seus pacientes trabalhar; isto é, tinha saído do papel de terapeuta lidando com o paciente no consultório e tinha visto seu paciente no trabalho. O trabalho do paciente de meu paciente era altamente especializado, e este era muito bem sucedido em uma tarefa particular em que empregava movimentos rápidos que na sessão terapêutica não faziam sentido mas que o agitavam no divã como se estivesse sob possessão. Embora cheio de dúvidas sobre ter visto seu paciente no trabalho, meu paciente sentiu que tinha sido uma coisa boa. Relatou-me então suas atividades nos feriados. Tinha um jardim e apreciava muito trabalho físico de todos os tipos de atividade construtiva e usava dispositivos mecânicos, que realmente apreciava.

Eu tinha sido alertado para a importância de suas atividades construtivas pelo seu relato de ter ido ver seu paciente no trabalho. Meu paciente voltou a um tema que tinha sido importante em análise recente, em que vários tipos de ferramentas mecânicas também o eram. Muitas vezes a caminho da sessão analítica ele parava e examinava uma ferramenta numa vitrina próxima a minha casa. A ferramenta tinha

esplêndidos dentes. Este era o modo de meu paciente chegar à sua agressão oral, o impulso amoroso primitivo com toda a sua falta de piedade e destrutividade. Poderíamos denominá-lo "devorar na relação transferencial". A tendência em seu tratamento foi no rumo de sua falta de piedade e amor primitivo, e a resistência contra a chegada às camadas mais profundas dela foi tremenda. Aí estava uma nova integração e preocupação sobre a sobrevivência do analista.

Quando este novo material emergiu, relacionando-se ao amor primitivo e à destruição do analista, *já tinha havido* algum trabalho construtivo. Quando eu fiz a interpretação de que o paciente precisava, sobre minha destruição por ele (devorar), pude lhe lembrar o que tinha dito sobre construção. Poderia dizer que, como ele viu seu paciente trabalhando e o trabalho fez seus movimentos entrecortados fazerem sentido, também eu poderia tê-lo visto em seu jardim, usando mecanismos para melhorar sua propriedade. Poderia perfurar paredes e árvores e tudo isso era tremendamente apreciado. Se tal atividade surgisse fora de um relato de objetivo construtivo deveria ser um episódio maníaco sem sentido, uma loucura da transferência.

Eu diria que os seres humanos não podem aceitar o objetivo destrutivo de suas tentativas amorosas precoces. A idéia de destruição da mãe-objeto no amor pode ser tolerada, contudo, se o indivíduo que está atingindo isso tem a evidência de um objetivo construtivo já à disposição e uma mãe-ambiente pronta para aceitá-lo.

Exemplo nº 3: Um paciente masculino veio a meu consultório e viu o gravador de fitas. Isto lhe sugeriu idéias, e afirmou logo que se deitou e se preparou para o trabalho da hora analítica: "Gostaria de imaginar que, quando terminar o tratamento, o que acontecer comigo aqui virá a ter valor para o mundo de alguma forma". Eu não disse nada mas anotei mentalmente que esta observação *poderia* indicar que o paciente estava próximo de um daqueles surtos de destrutividade com os quais eu tinha que lidar repetidamente nos dois anos de seu tratamento. Antes do final da hora, o paciente tinha na verdade chegado a uma nova compreensão de sua inveja de mim, uma inveja que era o resultado de ele pensar que eu era um bom analista. Ele tinha o impulso de me agradecer por ser bom e por ser capaz de fazer aquilo que ele precisava que eu fizesse. Já tínhamos tido isto antes, mas estava agora mais do que em ocasiões anteriores em contato com seus sentimentos destrutivos para com o que poderia ser chamado de um bom objeto, seu analista.

Quando uni essas duas coisas ele disse que parecia certo, mas acrescentou quão terrível teria sido se eu tivesse interpretado com base em sua primeira observação. Ele queria dizer se eu tivesse tomado seu desejo de ser de utilidade e lhe tivesse dito que isso indicava um desejo inconsciente de destruir. Ele tinha de chegar ao impulso destrutivo antes que eu reconhecesse a reparação; ele tinha que chegar a ele a seu próprio modo e a seu tempo. Sem dúvida era sua capacidade de ter uma idéia de ao final contribuir que lhe estava possibilitando entrar em contato mais íntimo com sua destrutividade. Mas o esforço construtivo é falso e sem sentido a menos que, como ele disse, alguém alcance primeiro a destrutividade.

Exemplo nº 4: Uma moça adolescente estava em tratamento com um terapeuta que estava ao mesmo tempo cuidando da moça em sua casa, junto com seus próprios filhos. Este arranjo tem vantagens e desvantagens.

A moça tinha estado gravemente doente, e ao tempo do incidente que vou relatar estava emergindo de um longo periodo de regressão à dependência e a um estado infantil. Ela não está mais em regressão em seu relacionamento com a casa e a família, mas ainda está em um estado muito especial na área limitada das sessões de tratamento que ocorrem a determinada hora cada dia.

Houve uma ocasião em que a moça expressou o mais profundo ódio do terapeuta (que estava ao mesmo tempo cuidando dela e fazendo seu tratamento). Tudo ficava bem no resto das vinte e quatro horas, mas na área do tratamento o terapeuta era repetida e completamente destruído. É difícil expressar o grau de ódio da moça ao terapeuta e, na verdade, seu aniquilamento (dela). Não se tratava aqui de um caso de um terapeuta indo ver seu paciente no trabalho, uma vez que o terapeuta estava com o encargo da moça por todo o tempo, e havia duas relações separadas ocorrendo entre eles, simultaneamente. De dia, todo o tipo de coisas começava a acontecer: a moça começava a querer auxiliar na limpeza da casa, a polir a mobília, a ser útil. Este auxílio era absolutamente novo e nunca tinha sido um aspecto do padrão pessoal desta moça em sua própria casa, mesmo antes de ficar agudamente doente. E isso aconteceu silenciosamente (por assim dizer) em conjunto com a destrutividade total que a moça começou a descobrir nos aspectos primitivos de seu amar, ao qual ela chegara com relação a seu terapeuta nas sessões de terapia.

Vê-se a mesma idéia se repetir aqui. Naturalmente, o fato da paciente estar se tornando consciente de sua destrutividade tornou possível a atividade construtiva que aparecia durante o dia. *Mas é o oposto que quero deixar expresso aqui e agora.* As experiências construtivas e criativas estavam possibilitando à criança chegar à experiência de sua destrutividade. Assim, no tratamento, se apresentavam condições que tentei descrever. A capacidade de se preocupar não é só um nó maturativo mas depende também, para sua existência, de um ambiente emocional que seja suficientemente bom por certo período de tempo.

Resumo

Preocupação, como este termo foi usado aqui, descreve o elo entre os elementos destrutivos do relacionamento instintivo com o objeto, e os outros aspectos positivos de se relacionar. Presume-se que a preocupação faz parte de um período anterior ao complexo de Édipo clássico, que é um relacionamento entre três pessoas sadias. A capacidade de se preocupar faz parte do relacionamento a duas pessoas entre o lactente e a mãe ou a substituta da mãe.

Em circunstâncias favoráveis, a mãe, por se manter continuamente vivaz e disponível, é tanto a mãe que recebe toda a carga dos impulsos do id do bebê, como a mãe que pode ser amada como uma pessoa a quem se podem fazer reparações. Deste modo a ansiedade sobre os impulsos do id e as fantasias destes impulsos se

tornam toleráveis para o bebê, que pode então experimentar culpa, ou pode retê-la totalmente, na expectativa de uma oportunidade para fazer a reparação dela. A esta culpa que é retida, mas não sentida como tal, denominamos "preocupação". Nos estágios iniciais do desenvolvimento, se não há uma figura materna de confiança para receber o gesto de reparação, a culpa se torna intolerável, e a preocupação não pode ser sentida. O fracasso da reparação leva à perda da capacidade de se preocupar e à sua substituição por formas primitivas de culpa e ansiedade.

Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo[1] (1963)

7

Neste capítulo escolhi descrever o crescimento emocional em termos da jornada da dependência à independência. Se tivessem me pedido para desempenhar essa tarefa trinta anos atrás eu quase certamente me referiria às mudanças pelas quais a imaturidade cede lugar à maturidade em termos de progressão na vida instintiva do indivíduo. Teria me referido à fase oral e à fase anal, à fase fálica e à genital. Teria dividido essas fases em três – primeira oral, pré-ambivalente, segunda, oral, oral sadística, e assim por diante. Alguns autores também dividiram a fase anal; outros se contentaram em ter uma idéia da fase pré-genital, esta geralmente baseada no funcionamento dos órgãos de ingestão, absorção e eliminação. Tudo isso está bem. É tão verdadeiro agora como era então, e nos iniciou em nosso pensamento e na estrutura da teoria pela qual nos orientamos. Está portanto em nossos ossos, por assim dizer. Nós a temos como certa, e procuramos outros aspectos do crescimento quando nos achamos na posição em que me acho agora, quando se espera de mim dizer alguma coisa que não é exatamente do conhecimento comum, ou que leva em consideração os últimos desenvolvimentos na teoria e na atitude que temos em relação a ela. Se escolhi examinar crescimento em termos de dependência, mudando gradualmente no sentido da independência, se concordará, espero, que isso não invalida de modo algum a conceituação que possa ser feita sobre o crescimento em termos de zonas eróticas ou de relações objetais.

1 - Conferência pronunciada na Clínica Psiquiátrica de Atlanta, em outubro de 1963.

Socialização

A maturidade do ser humano é uma palavra que implica não somente crescimento pessoal mas também socialização. Digamos que na saúde, que é quase sinônimo de maturidade, o adulto é capaz de se identificar com a sociedade sem sacrifício demasiado da espontaneidade pessoal; ou, dito de outro modo, o adulto é capaz de satisfazer suas necessidades pessoais sem ser anti-social, e, na verdade, sem falhar em assumir alguma responsabilidade pela manutenção ou pela modificação da sociedade em que se encontra. Encontramos certas condições sociais, e isso é um legado que temos que aceitar, e, se necessário, alterar; e é isso que eventualmente passaremos adiante àqueles que se seguirem a nós.

A independência nunca é absoluta. O indivíduo normal não se torna isolado, mas se torna relacionado ao ambiente de um modo que se pode dizer serem o indivíduo e o ambiente interdependentes.

A jornada

Não há nada de novo sobre a idéia da dependência no sentido da independência. Cada ser humano precisa começar esta jornada, e muitos chegam a algum lugar não muito longe de seu destino, e chegam a uma independência com o sentido social intrínseco. Aí a psiquiatria está observando o crescimento normal, um assunto que é freqüentemente deixado a cargo do educador ou do psicólogo.

O valor dessa abordagem é que ela nos permite estudar e discutir ao mesmo tempo os fatores pessoais e ambientais. Nesta linguagem normalidade significa tanto saúde do indivíduo como da sociedade, e a maturidade completa do indivíduo não é possível no ambiente social imaturo ou doente.

Três categorias

Ao planejar essa breve conceituação de um tema muito complexo, acho necessárias três ao invés de duas categorias, não simplesmente dependência e independência.

É útil pensar separadamente em:

dependência absoluta;
dependência relativa;
rumo à independência.

Dependência absoluta

Inicialmente quero chamar a atenção para os estágios iniciais do desenvolvimento emocional de cada criança. No início o lactente é completamente dependente da provisão física pela mãe viva em seu útero e depois como cuidado do lactente. Mas em termos de psicologia devemos dizer que o lactente é ao mesmo tempo dependente e independente. Este é um paradoxo que precisamos examinar. Há tudo que é herdado, incluindo os processos de maturação, e talvez tendências patológicas herdadas; estas têm uma realidade própria, e ninguém pode alterá-las; ao mesmo tempo, o processo maturativo depende para a sua evolução da provisão do ambiente. Podemos dizer que o ambiente favorável torna possível o progresso continuado dos processos de maturação. Mas o ambiente não faz a criança. Na melhor das hipóteses possibilita à criança concretizar seu potencial.

O termo "processo de maturação" se refere à evolução do ego e do *self*, inclui a história completa do id, dos instintos e suas vicissitudes, e das defesas do ego relativas ao instinto.

Em outras palavras, a mãe e o pai não produzem um bebê como um artista produz um quadro ou o ceramista um pote. Eles iniciam um processo de desenvolvimento que resulta em existir um habitante no corpo da mãe, mais tarde em seus braços, e após no lar proporcionado pelos pais; este habitante se tornará algo que está fora do controle de qualquer um. Os pais dependem das tendências hereditárias da criança. Poderia se perguntar: "Que podem eles então fazer se não podem fazer sua própria crianças?" Eles podem naturalmente fazer muito. Devo dizer que podem prover para a criança que é sadia (no sentido de ser madura, de acordo com o que significa maturidade em um certo momento para uma criança). Se conseguem proporcionar esta provisão então o processo de maturação da criança não fica bloqueado, mas é atingido e capacitado a se tornar parte da criança.

Acontece que este adaptar-se dos processos de maturação da criança é algo extremamente complexo, que traz tremendas exigências aos pais, sendo que inicialmente a mãe sozinha é o ambiente favorável. Ela necessita de apoio por esta época, que é melhor dado pelo pai da criança (digamos seu esposo), por sua mãe, pela família e pelo ambiente social imediato. Isso é terrivelmente óbvio mas apesar disso precisa ser dito.

Gostaria de dar a este estado especial da mãe um nome especial, porque acho que a sua importância não tem sido apreciada. As mães se recuperam desse estado e se esquecem. Eu denomino isso "preocupação materna primária". Este não é necessariamente um bom nome, mas o certo é que ao chegar ao fim da gravidez e nas primeiras semanas depois do nascimento de uma criança a mãe está preocupada com (ou melhor, "devotada ao") o cuidado de seu nenê, que de início parece ser parte dela mesma; além disso ela está muito identificada com o nenê e sabe muito bem como é que o nenê está se sentindo. Para isso ela usa suas próprias experiências como bebê. Deste modo a própria mãe está em um estado dependente, e vulnerável. É para descrever este estágio que uso as palavras *dependência absoluta* ao me referir ao estágio do bebê.

Deste modo a provisão natural é feita naturalmente para as necessidades da criança, o que significa um alto grau de *adaptação*. Explicarei o que quero dizer com esta palavra. Nos primórdios da psicanálise a *adaptação* só significava uma coisa, satisfazer as necessidades instintivas da criança. Muitos erros de interpretação se originaram da lentidão de alguns em entender que as necessidades de um lactente não estão confinadas às tensões instintivas, não importa quão importantes possam ser. Há um conjunto inteiro de desenvolvimentos do ego do lactente que tem suas próprias necessidades. A linguagem aqui é que a mãe "não desaponta seu nenê", embora ela possa e deva frustrar no sentido de satisfazer suas necessidades instintivas. É surpreendente como as mães podem satisfazer bem as necessidades do ego de seus próprios nenês, mesmo mães que não são boas em dar de mamar, mas que rapidamente substituem a mamadeira e a fórmula.

Há sempre algumas que não podem se entregar completamente, do modo que é necessário neste estágio inicial, embora o estágio só dure uns poucos meses até o fim da gravidez e no começo da vida da criança.

Descreverei agora as necessidades do ego, uma vez que elas são múltiplas. O melhor exemplo seria a questão de segurar ao colo. Ninguém pode segurar um bebê a menos que seja capaz de se identificar com ele. Balint (1951, 1958) se referiu ao oxigênio do ar, do qual o lactente não sabe nada. Eu lhes lembraria a temperatura da água do banho, testada pelo cotovelo da mãe; a criança não sabe que a água podia estar ou muito quente ou muito fria, mas vê de modo natural a temperatura corporal. Ainda estou falando de dependência absoluta. É toda uma questão de incômodos, irritações ou a falta desses, na vida da criança, e quero desenvolver esse tema.

Todos os processos de uma criatura viva constituem um *vir-a-ser*, uma espécie de plano para a existência. A mãe que é capaz de se devotar, por um período, a essa tarefa natural, é capaz de proteger o vir-a-ser de seu nenê. Qualquer irritação, ou falha de adaptação, causa uma reação no lactente, e essa reação quebra esse vir-a-ser. Se reagir a irritações é o padrão da vida da criança, então existe uma séria interferência com a tendência natural que existe na criança de se tornar uma unidade integrada, capaz de ter um *self* com um passado, um presente e um futuro. Com uma relativa ausência de reações a irritações, as funções corporais da criança dão uma boa base para a construção de um ego corporal. Deste modo se lançam as bases para a saúde mental futura.

Pode-se ver então que esta adaptação sensível às necessidades do ego da criança dura pouco tempo. Logo a criança começa a gostar de espernear, e adquire gosto em estrilar com o que poderia ser chamado de falhas menores de adaptação. Mas por essa época a mãe está começando a retornar a sua própria vida, que eventualmente se torna relativamente independente das necessidades da criança. Muitas vezes o crescimento da criança corresponde muito precisamente à retomada pela mãe de sua própria independência, e se concordará que uma mãe que não pode gradualmente *falhar* deste modo em uma adaptação sensível está falhando de uma outra maneira; ela está falhando (por causa de sua própria imaturidade ou suas próprias ansiedades) em dar ao lactente razões para estrilar. Uma criança que não tem razão

para estrilar, mas que naturalmente tem em si a quantidade usual de quaisquer ingredientes de agressividade, está em uma dificuldade especial, uma dificuldade em fundir a agressão com o amor.

Na dependência absoluta o lactente não tem modo de se conscientizar da provisão materna.

Dependência relativa

Assim como chamo o primeiro de estágio de "dependência absoluta", assim chamo o próximo estágio de "dependência relativa". Deste modo se pode distinguir entre a dependência que está além da capacidade de percepção do lactente e a dependência da qual o lactente pode tomar conhecimento. Uma mãe faz muito ao satisfazer as necessidades do ego da criança, sendo tudo isso não registrado na mente da criança.

O estágio seguinte, o de dependência relativa, vem a ser um estágio de adaptação a uma falha gradual dessa mesma adaptação. É parte do repertório da grande maioria das mães prover uma desadaptação gradativa, e isso está muito bem orientado para o rápido desenvolvimento que o lactente revela. Por exemplo, há o começo da compreensão intelectual, que se desenvolve como uma vasta extensão de processos simples, como o do reflexo condicionado. (Imaginem um lactente esperando a alimentação. Vem o tempo em que o lactente pode esperar uns poucos minutos porque os ruídos na cozinha indicam que a comida está prestes a aparecer. Ao invés de simplesmente ficar excitado pelos ruídos, o lactente usa esses novos itens para se capacitar a esperar.)

Naturalmente que os lactentes podem variar muito na sua capacidade de usar a compreensão intelectual de início, e muitas vezes a compreensão que possam ter é postergada pela existência de uma confusão no modo em que a realidade é apresentada. Esta é uma idéia para ser enfatizada aqui, uma vez que o processo inteiro do cuidado do lactente tem como principal característica a apresentação contínua do mundo à criança. Isso é algo que não pode ser feito por pensamento, nem pode ser manejado mecanicamente. Só pode ser feito pelo manejo contínuo por um ser humano que se revele continuamente ele mesmo, não há questão de perfeição aqui. Perfeição pertence a máquinas; o que uma criança consegue é justamente aquilo de que ela precisa, o cuidado e a atenção de alguém que é continuamente ela mesma. Isso naturalmente se aplica também aos pais.

É preciso ressaltar este "ser ela mesma", porque se poderia separar a pessoa do homem ou da mulher, mãe ou ama-seca, que está *desempenhando* este papel, talvez se desempenhando bem na maior parte do tempo, e talvez se desempenhando bem porque aprendeu como cuidar de lactentes nos livros ou em uma aula. Mas esse desempenho não é suficientemente bom. O lactente só pode ter uma apresentação não-confusa da realidade externa se for cuidado por um ser humano que está devotado ao lactente e à tarefa de cuidar desse lactente. A mãe emergirá deste estado de

devoção espontânea, e logo voltará a sua escrivaninha, ou a escrever novelas, ou a uma vida social junto com seu esposo, mas nesse período ela está nisto até o pescoço.

A recompensa desse primeiro estágio (dependência absoluta) é que os processos de desenvolvimento do lactente não são distorcidos. A recompensa neste estágio de dependência relativa é que o lactente começa, de certo modo, a se tornar *consciente dessa dependência*. Quando a mãe está longe por um tempo superior ao da sua capacidade de crer em sua sobrevivência, aparece ansiedade, e este é o primeiro sinal que a criança percebe. Antes disso, se a mãe está ausente, o lactente simplesmente falha em se beneficiar de sua habilidade especial de evitar irritações ou incômodos, e certos desenvolvimentos essenciais na estrutura do ego falham em se tornar bem estabelecidos.

O estágio seguinte, que é aquele em que de certo modo o lactente sente necessidade da mãe, é aquele em que o lactente começa a *saber em sua mente* que a mãe é necessária.

Gradualmente a necessidade pela mãe verdadeira (na normalidade) se torna ferrenha e realmente terrível, de modo que as mães realmente odeiam deixar seus filhos, e se sacrificam muito para não causar aflição ou mesmo produzir raiva ou desilusão durante esta fase de necessidade especial. Esta fase pode-se dizer que dura (aproximadamente) seis meses a dois anos.

Quando a criança já está com dois anos de idade se iniciaram novos desenvolvimentos, e esses habilitam a criança a lidar com a perda. É necessário se referir a eles. Junto com esses desenvolvimentos da personalidade da criança há fatores ambientais importantes, embora variáveis, a serem considerados. Por exemplo, pode haver uma equipe mãe-ama-seca, de per si um interessante tema para estudo. Pode haver tias e avós adequadas ou amigos especiais dos pais que pela sua presença constante se qualificam como substitutos da mãe. O esposo da mãe também pode ser uma pessoa importante na casa, ajudando a criar um lar, e pode ser um bom substituto para a mãe, ou pode ser importante de um modo mais masculino ao dar à esposa o apoio e o sentimento de segurança que ela pode transmitir à criança. Não será necessário considerar completamente esses detalhes um tanto óbvios, ainda que muito significativos. Verificar-se-á, contudo, que esses detalhes variam muito, e que o processo de crescimento do próprio lactente é impelido neste sentido e de acordo com o que ele obtém.

Caso clínico

Tive a oportunidade de observar uma família de três meninos por ocasião da morte súbita de sua mãe. O pai agiu de modo responsável; uma amiga da mãe que conhecia os meninos assumiu o cuidado deles, e após um certo tempo se tornou sua madrasta.

O caçula tinha quatro meses de idade quando sua mãe desapareceu subitamente de sua vida. Seu desenvolvimento prosseguiu satisfatoriamente e não houve sinais clínicos indicando uma reação. Em minha linguagem a mãe era "um objeto subjetivo" para o nenê, e a amiga da mãe tomou sua posição. Mais tarde ele considerava sua madrasta como sua mãe.

Quando esse menino mais moço tinha quatro anos de idade ele foi trazido a mim, contudo, porque estava começando a revelar várias dificuldades de personalidade. No brinquedo, na entrevista psicoterapêutica ele inventou um brinquedo que tinha de ser repetido muitas e muitas vezes. Ele se escondia e eu então fazia uma leve alteração, digamos, na posição de um lápis sobre a mesa. Ele então aparecia e descobria a leve alteração; ficava furioso e então me matava. Ele poderia persistir nesse brinquedo por horas.

Aplicando o que tinha aprendido, disse à sua madrasta para estar preparada para falar a ele sobre morte. Nessa mesma noite, pela primeira vez em sua vida ele deu à madrasta a oportunidade de falar sobre morte, e isso o levou a continuar na necessidade de aprender exatamente todos os fatos sobre a mãe de dentro da qual tinha vindo, e sobre sua morte. Isso então adquiriu importância nos dias subseqüentes e tudo tinha que ser repetido e repetido e repetido. Ele continuou com seu bom relacionamento com sua madrasta, a quem continuava a chamar de mãe.

A mais velha das três crianças tinha seis anos de idade quando sua mãe morreu. Ele simplesmente se enlutou por sua perda como por uma pessoa a quem amava. O processo de luto durou cerca de dois anos, e quando ele emergiu desse período tinha uma compulsão por roubar. Ele aceitou a madrasta como uma madrasta, e se lembrava de sua mãe verdadeira como uma pessoa amargamente desaparecida.

O menino do meio tinha três anos de idade na época da tragédia. Ele estava com uma intensa e positiva relação com o seu pai por essa época, e se tornou um risco psiquiátrico, necessitando psicoterapia (cerca de sete sessões por um período de oito anos). O irmão mais velho declarou sobre ele: "nós não lhe contamos sobre o pai casar de novo porque ele pensa que casamento significa 'assassinato'".

O menino do meio estava em uma confusão, e incapaz de se defrontar com a culpa que ele tinha necessidade de experimentar por causa da morte de sua mãe quando ele estava em uma fase homossexual, com um apego especial por seu pai. Ele declarou: "eu não me importo, era o. . ." (irmão mais velho) "que a amava". Clinicamente ele se tornou hipomaníaco. Sua extrema inquietação durou por muito tempo, e ficava claro que uma depressão o estava ameaçando. Seu brincar revelava um grau de confusão, mas ele estava capacitado a organizar seu brinquedo o suficiente para expressar para mim nas sessões terapêuticas quais eram as ansiedades específicas que o tornavam inquieto.

Ainda existem sinais de distúrbio psiquiátrico residual neste menino que tem agora treze anos de idade – isto é, dez anos depois da tragédia que para esse menino foi traumática.

Um desenvolvimento importante no lactente ocorre sob o item "identificação". Muito cedo um lactente se torna capaz de revelar a capacidade de se identificar com a mãe. Há reflexos primitivos que, pode dizer-se, formam a base desses desenvolvi-

mentos, como, por exemplo, quando um bebê responde com um sorriso a outro sorriso. Imediatamente o bebê se torna capaz de formas mais complexas de identificação, indicando a existência de imaginação. Um exemplo disso seria o do lactente que pode desejar encontrar a boca da mãe e alimentá-la com o seu dedo enquanto suga seu seio. Eu vi isto acontecer aos três meses de idade; mas as datas não devem nos preocupar. Mais cedo ou mais tarde essas coisas acontecem a todos os lactentes (exceto a alguns muito doentes) e sabemos que um grande alívio da dependência segue o desenvolvimento no lactente das capacidades de se colocar na pele da mãe. A partir disso se origina o desenvolvimento global da compreensão da mãe como tendo uma existência pessoal e separada, e *eventualmente* a criança vem a ser capaz de acreditar nos pais se unindo e realizando o ato que levou à sua própria concepção. Isso ocorre muito mais adiante e às vezes nunca é atingido em níveis mais profundos.

O efeito desses novos mecanismos mentais no tema da dependência é que a criança começa a permitir que os acontecimentos ocorram fora de seu controle, e por ser capaz de se identificar com a mãe ou com os pais o lactente pode pôr de lado parte da grande raiva que é sentida, com o que desafia a onipotência dele.

A fala se torna compreendida e eventualmente usada. Esse tremendo desenvolvimento no animal humano possibilita aos pais dar ao lactente cada oportunidade que surge para cooperar, através da compreensão intelectual, ainda que em seus *sentimentos profundos* o lactente possa sentir pena, raiva, desilusão, medo e impotência. A mãe pode dizer: "vou sair para comprar pão". Isso pode funcionar, a menos que, naturalmente, ela fique fora além do tempo que a criança é capaz de mantê-la viva em sua mente, em termos de sentimento.

Gostaria de mencionar uma forma de desenvolvimento que afeta especialmente a capacidade do lactente de fazer identificações complexas. Isso tem que ver com o estágio em que as tendências à integração do lactente trazem uma fase em que o lactente é uma unidade, uma pessoa completa, com um interior e um exterior, e uma pessoa vivendo dentro de um corpo, e mais ou menos limitada pela pele. Uma vez que o exterior significa "não-EU", então o interior significa EU, e há então um lugar onde estocar as coisas. Na fantasia da criança a realidade pessoal psíquica está localizada no interior. Se estiver localizada no exterior haverá boas razões para isso.

Agora então o crescimento do lactente toma a forma de um intercâmbio contínuo entre a realidade interna e a externa, cada uma sendo enriquecida pela outra.

A criança agora não é apenas uma criadora potencial do mundo, mas se torna capaz também de povoar esse mundo com exemplos de sua vida interna própria. Assim, gradativamente a criança se torna capaz de abranger quase que qualquer evento exterior, a percepção se tornando quase sinônimo de criação. Eis aí um meio pelo qual a criança assume controle sobre acontecimentos externos do mesmo modo como sobre o funcionamento interior de seu próprio *self.*

Rumo à independência

Uma vez que estas coisas tenham se estabelecido, como ocorre na normalidade, a criança se torna gradativamente capaz de se defrontar com o mundo e todas as suas complexidades, por ver aí, cada vez mais, o que já está presente dentro de si própria. Em círculos cada vez mais abrangentes da vida social a criança se identifica com a sociedade, porque a sociedade local é um exemplo de seu próprio mundo pessoal, bem como exemplo de fenômenos verdadeiramente externos.

Neste sentido se desenvolve uma verdadeira independência, com a criança se tornando capaz de viver uma existência pessoal que é satisfatória, ainda que envolvida com as coisas da sociedade. É claro que há grandes possibilidades de recuo neste desenvolvimento da socialização, principalmente nos últimos estágios além da puberdade e adolescência. Mesmo o indivíduo normal pode se defrontar com uma tensão social que está além do que ele poderia suportar, antes do alargamento de sua base de tolerância.

Na prática se pode observar os adolescentes se graduando de um grupo para outro, alargando o círculo cada vez mais, a cada momento abarcando fenômenos novos e cada vez mais estranhos que a sociedade lhes apresenta. Os pais são muito necessários no manejo de seus próprios filhos adolescentes que estão explorando um círculo social após outro, por causa de sua capacidade de entrever melhor do que seus filhos podem quando esta progressão de um círculo social limitado para outro ilimitado é rápida demais, talvez por causa dos elementos sociais perigosos na vizinhança imediata, ou por causa dos desafios que fazem parte da puberdade e do desenvolvimento rápido da capacidade sexual. Eles são necessários especialmente por causa das tensões instintivas e padrões que reaparecem e que tinham sido estabelecidos inicialmente na idade pré-escolar.

"Rumo à independência" descreve os esforços da criança pré-escolar e da criança na puberdade. No período de latência as crianças habitualmente estão satisfeitas com o que quer que tenham de dependência que são capazes de experimentar. A latência é o período do brinquedo escolar no papel de substituto para a casa. Isso nem sempre é verdade, mas não há espaço para um desenvolvimento adicional deste tema aqui.

Deve-se esperar que os adultos continuem o processo de crescer e amadurecer, uma vez que eles raramente atingem a maturidade completa. Mas uma vez que eles tenham encontrado um lugar na sociedade através do trabalho, e tenham talvez se casado ou se estabelecido em algum padrão que seja uma conciliação entre imitar os pais e desafiadoramente estabelecer uma identidade pessoal, uma vez que esses desenvolvimentos tenham lugar pode-se dizer que se iniciou a vida adulta, e que os indivíduos, um a um, estão saindo desta área coberta por esta breve conceituação do crescimento que foi descrito em termos da dependência à independência.

Moral e educação[1] (1963) 8

O título de minha palestra indica o objetivo de desenvolver o tema não tanto de uma sociedade que muda como o da natureza humana, que não muda. A natureza humana não muda. Esta é uma idéia que poderia ser contestada. Contudo, presumirei sua veracidade e desenvolverei o tema sobre essa base. É verdade que a natureza humana evoluiu, como os organismos humanos evoluíram no curso de centenas de milhares de anos. Mas há muito pouca evidência de que a natureza humana se alterou no curto espaço registrado pela história; e comparável a isto é o fato de que o que é verdade sobre a natureza humana em Londres hoje, é verdade também em Tóquio, Acra, Amsterdam e Timbuktoo. É verdadeiro para brancos e pretos, gigantes e pigmeus, para as crianças do cientista de Harwell ou cabo Canaveral ou para as crianças do aborígine australiano.

Aplicada ao tema em discussão (a educação moral hoje em dia) isto significa existir uma área para estudo que pode ser denominada de capacidade da criança para ser educada moralmente. Minhas referências a isto nesta palestra ficam limitadas a esta área, o desenvolvimento na criança da capacidade de ter senso moral, por experimentar um sentimento de culpa e por estabelecer um ideal. Análoga seria a tentativa de verificar o que há por trás de uma idéia como "crença em Deus" à idéia de "crença" ou (como preferiria eu dizer) "crença em". A uma criança que desenvolve a "crença em" pode-se transmitir o deus da casa ou da sociedade que aconteça ser a sua. Mas para a criança sem nenhuma "crença em", Deus é na melhor das hipóteses

1 – Palestra integrante de uma série proferida no *University of London Institute of Education*, em 1962, e publicada pela primeira vez (sob o título "The Young Child at Home and at School") em *Moral Education in a Changing Society*, ed. W. R. Niblett. (London: Faber, 1963).

um truque do pedagogo, e na pior das hipóteses uma peça de evidência para a criança à qual falta em relação à figura dos pais confiança no processo de maturação da natureza humana e cujos pais têm medo do desconhecido.

O Prof. Niblett, na palestra de abertura desta série, referiu-se ao reitor Keate que disse a uma criança: "Você acreditará no Espírito Santo às 5 horas desta tarde ou a espancarei até que o faça", e deste modo nos levou à idéia da inutilidade de ensinar ideais ou religião pela força. Estou procurando tornar acessível este importante tema e examinar as alternativas. Meu ponto de vista é que existe uma boa alternativa e que esta boa alternativa não se acha no ensino cada vez mais sutil de religião. A boa alternativa tem que ver com o propiciar ao lactente e à criança aquelas condições que possibilitem a coisas como confiança e "crença em", e idéias de certo e errado, se desenvolverem da elaboração dos processos internos da criança. Isto poderia ser chamado de evolução de um superego pessoal.

As religiões fizeram muito do pecado original, mas nenhuma chegou à idéia de bondade original, aquela que, por ser incluída na idéia de Deus, é ao mesmo tempo separada dos indivíduos que coletivamente criam e recriam este conceito de Deus. Dizer que o homem criou Deus à sua imagem é geralmente tratado como um divertido exemplo de perversidade, mas a verdade nesta afirmação pode ser tornada mais evidente ao refraseá-la como segue: O homem continua a criar e recriar Deus como um local para colocar o que é bom nele mesmo, e que ele poderia estragar se o mantivesse nele próprio junto com todo o ódio e destrutividade que também se acham nele.

A religião (ou a teologia?) escamoteou o bom da criança em desenvolvimento e estabeleceu um esquema artificial para injetar de volta o que lhe tinha sido tirado, e denominou-o "educação moral". Na verdade, a educação moral não funciona a menos que o lactente ou a criança tenham desenvolvido dentro de si mesmos, por um processo natural de desenvolvimento, a essência que, quando colocada no céu, recebe o nome de Deus. O educador moral depende para seu êxito de existir na criança aquele desenvolvimento que possibilite aceitar este Deus do educador moral como uma projeção da bondade que é parte da criança e sua experiência real da vida.

Estamos limitados na prática, portanto, qualquer que seja nosso sistema teológico, à dependência, no caso de cada nova criança, do modo como a criança é ou foi capaz de ser bem sucedida no que concerne ao desenvolvimento. Foi a criança capaz, por assim dizer, de passar em seu exame de admissão em senso moral, ou adquirir esta coisa que estou chamando de *crença em?* Eu me apego a esta frase feia, incompleta, crença em. Para completar o que foi começado, alguém deve fazer a criança acreditar naquilo que nós, nesta família e nesta porção da sociedade, e atualmente, acreditamos. Mas este processo de completar é de importância secundária, porque se não se chegou à "crença em" então o ensino de moral ou religião é mera pedagogia keatiana e é geralmente visto como censurável ou ridículo.

Desgosta-me a idéia que é muitas vezes expressa por pessoas geralmente bem informadas de que a abordagem mecanicista de Freud da psicologia ou sua confiança na teoria da evolução do homem a partir dos animais colide com a contribuição que a psicanálise pode fazer ao pensamento religioso. Poderia mesmo acontecer que a re-

ligião podia aprender alguma coisa da psicanálise, algo que pouparia a prática religiosa de perder seu lugar nos processos da civilização, e no processo de civilização. A teologia, ao negar ao indivíduo em desenvolvimento a criação do que quer que esteja ligado ao conceito de Deus, de bondade e de valores morais, esvazia o indivíduo de um importante aspecto da criatividade.

Certamente a Sra. Knight, na controvérsia de alguns anos atrás, não estava menosprezando Deus ao compará-lo com Papai Noel; ela estava afirmando ou tentando afirmar que se pode pôr algumas partes da criança na bruxa de um conto de fadas, algo da crença e generosidade da criança pode ser delegada ao Papai Noel, e todo o tipo de sentimentos e ídéias de bondade pertencentes à criança em suas experiências internas e externas pode ser posto lá longe e rotulado de "Deus". Do mesmo modo, o que há de desagradável na criança pode ser chamado de "o diabo e todas as suas maldades". O rotular socializa um fenômeno que de outro modo é pessoal. Praticar psicanálise por trinta anos me fez sentir que é a idéia ligada à organização da educação moral que esvazia o indivíduo de sua criatividade individual.

Há razões pelas quais as idéias do educador moral fenecem. Uma óbvia é que existem pessoas más. Em minha linguagem, isto significa que há pessoas em todas as sociedades e idades que, em seu desenvolvimento emocional, não atingiram o estágio de crer em, nem atingiram um estágio de moralidade inata envolvendo a personalidade integral. Mas a educação moral que é proporcionada a essas pessoas doentes não é adequada para a grande maioria das pessoas que, de fato, não estão doentes sob este aspecto. Referir-me-ei a pessoas más mais tarde.

Até agora falei como um teólogo amador, embora me tenham pedido para falar como um psiquiatra de crianças profissional. Para fazê-lo de maneira efetiva, preciso agora ser capaz de relatar a breve história do desenvolvimento emocional do lactente e da criança. Naturalmente que sabem que isso é um tema extremamente complexo e que a história não pode ser contada rapidamente. Há muitos modos de abordar o tema do crescimento emocional e tentarei usar vários métodos.

A base do desenvolvimento da criança é a existência física do lactente, com suas tendências herdadas. Essas tendências herdadas incluem o esforço de maturação para o desenvolvimento posterior. Digamos, um lactente tende a usar três palavras com um ano e caminhar aos quatorze meses ou por aí, e tende a atingir a mesma forma e altura de um dos pais, e tende a ser esperto ou estúpido ou temperamental ou a ter alergias. De forma oculta se inicia no lactente e continua na criança uma tendência para a integração da personalidade, tendendo a palavra integração a ter um significado cada vez mais complexo à medida que o tempo passa e a criança se torna mais velha. Além disso o lactente tende a viver em seu corpo e a construir o *self* na base do funcionamento corporal a que pertencem elaborações imaginosas que rapidamente se tornam extremamente complexas e constituem a realidade psíquica específica daquele lactente. O lactente se estabelece como uma unidade, sente uma sensação de EU SOU, e bravamente encara o mundo com o qual já se tornou capaz de estabelecer relações afetuosas e (por contraste) um padrão de relações objetais baseadas na vida instintiva. E assim por diante. Tudo isso, e muito mais, é verdadeiro e sempre o foi em lactentes humanos. Aí está a natureza humana se desdobrando.

MAS, e este é um grande mas, o processo de maturação depende, para se tornar real na criança, e real nos momentos apropriados, de favorecimento ambiental suficientemente bom.

Esta é a velha discussão sobre natureza e criação. Sugiro que este problema não é impossível de equacionamento. Os pais não têm de fazer seu bebê como o artista tem de fazer seu quadro ou o trabalhador de cerâmica seu pote. O bebê cresce a seu modo, se o ambiente é suficientemente bom. Alguém se referiu ao favorecimento suficientemente bom como "o ambiente médio imaginável". O fato é que, através dos séculos, mães, e pais, e substitutos dos pais têm, na verdade, geralmente favorecido exatamente aquelas condições que o lactente e a criança pequena realmente necessitam de início, no estágio de sua maior dependência, e isto continua até um pouco mais tarde quando, como crianças, os lactentes vão se tornando algo separados do ambiente e relativamente independentes. Depois disso as coisas tendem a não ser tão boas, mas ao mesmo tempo este fato fica cada vez menos importante.

Notar-se-á que estou me referindo a uma idade à qual o ensino verbal não se aplica. Nem Freud nem a psicanálise foram necessários para se dizer às mães e pais como providenciar essas condições. Essas condições começam com um alto grau de adaptação por parte da mãe às necessidades do lactente, e gradualmente se tornam uma série de falhas de adaptação; essas falhas são outra vez uma forma de adaptação, porque estão relacionadas com a crescente necessidade da criança de enfrentar a realidade e de conseguir separação e o estabelecimento de uma identidade pessoal. (Joy Adamson descreve tudo isso magistralmente em termos de sua criação de Elsa, a leoa, e dos filhotes que estão agora Livres para Sempre.)

Parece que, embora a maioria das religiões tendam a reconhecer a importância da vida familiar, coube à psicanálise apontar às mães dos bebês e aos pais de muitas crianças o valor, ou melhor, a natureza essencial, de sua tendência a prover para cada lactente o que cada um desses realmente necessita em termos de cuidado.

A mãe (não excluo o pai) se adapta tão bem que apenas se pode dizer que ela está intimamente identificada com seu bebê, de modo que ela sabe o que é preciso em qualquer momento, e também de modo geral. O lactente, naturalmente, está neste primeiro e mais precoce estágio em um estado de fusão, não tendo ainda separado mãe e objetos, o "não-eu" do "eu", de modo que o que é adaptativo ou "bom" no ambiente está construído no armazém de experiências do lactente como se fosse uma qualidade do *self*, indistinguível, de início (pelo lactente), do funcionamento sadio próprio do lactente.

Neste estágio inicial o lactente não registra o que é bom ou adaptativo, mas reage a, e portanto percebe e registra, cada falha da confiabilidade. Reagir à não-confiabilidade no processo de cuidado do lactente se constitui em um trauma, cada reação sendo uma interrupção no "vir-a-ser" do lactente e uma ruptura no *self* do lactente.

Para resumir esta primeira fase de meu esquema simplificado para descrever o ser humano se desenvolvendo: o lactente e a criança pequena são habitualmente cuidados de modo confiável, e deste ser suficientemente bem cuidado resulta no

lactente a crença na confiabilidade; a isso pode-se acrescentar a percepção da mãe e do pai ou avó ou enfermeira. Numa criança que iniciou a vida deste modo a idéia de bondade e de um pai pessoal e confiável ou Deus pode se seguir naturalmente.

À criança que não tem experiências suficientemente boas nos estágios iniciais não se pode sugerir a idéia de um Deus pessoal como *substituto de cuidado do lactente.* A comunicação sutil, vitalmente importante, do tipo mãe-lactente antecede o estágio ao qual comunicações verbais podem ser acrescentadas. Este é o primeiro princípio da educação moral: *educação moral não é substituta para amor.* De início o amor só pode ser efetivamente expresso em termos de cuidado com o lactente e com a criança, o que para nós significa prover um ambiente favorável ou suficientemente bom, o que significa para o lactente a oportunidade de evoluir de forma pessoal de acordo com a gradação contínua do processo de maturação.

Como posso desenvolver este tema, levando em conta a complexidade rapidamente crescente da realidade interna da criança e do armazém em expansão de experiências rememoradas internas e externas da criança, ou das esquecidas por economia?

Neste ponto devo tentar dizer algo sobre a origem no lactente ou na criança pequena daqueles elementos que são descritos como, ou adjetivados de, bons e maus. Não há necessidade, naturalmente, que sejam oferecidas palavras neste estágio, e na verdade aprovação e desaprovação podem ser transmitidas ao surdo e a lactentes em um estágio muito antes de se ter iniciado a comunicação verbal. Desenvolvem-se no lactente certos sentimentos opostos, à parte da aprovação e desaprovação que são comunicadas à criança pela mãe, e são estes que precisam ser levados em conta e talvez investigados até sua origem.

No armazém em desenvolvimento das lembranças pessoais e dos fenômenos que constituem a realidade psíquica interna da criança aparecem elementos que de início são simplesmente opostos. Podem ser chamados auxiliares ou perturbadores, amistosos ou hostis, benignos ou persecutórios. Originam-se em parte das satisfações e frustrações do lactente na experiência de viver, que inclui excitações, e em parte esta junção de elementos positivos e negativos depende da capacidade do lactente de evitar a dor da ambivalência por não unir os objetos que sente serem ou bons ou maus.[2]

Não posso deixar de usar as palavras bom e mau, mesmo que isto anule meu objetivo, que é o de descrever fenômenos anteriores à utilização de palavras. Ocorre que estes importantes fatos que estão acontecendo com o lactente em desenvolvimento e a criança pequena necessitam de descrição em termos de bom e mau.

Tudo isso está intimamente ligado à percepção da aprovação e desaprovação materna, mas tanto aqui como em outras situações o fator pessoal interno é mais importante do que o externo ou ambiental, um preceito que se situa no âmago de minha comunicação. Se estou enganado a esse respeito então minha tese é falha. Se minha tese é falha, então lactentes e crianças pequenas dependem de terem o bem e o mal

2 – Este estado primitivo é uma defesa contra a dor da ambivalência e é chamado *splitting* do objeto.

injetados neles. Isto significa que os pais devem aprovar e desaprovar, ao invés de amar, e então, de fato, deveriam ser educadores morais ao invés de pais. Como deveriam odiar isto!

A criança não necessita receber aprovação e desaprovação, mas os pais em geral ficam esperando, abstendo-se de mostrar aprovação ou desaprovação até que verifiquem em seu filho os elementos de um senso de valores, de bom e mau e certo ou errado, isto é, na área particular do cuidado da criança que é significativa no momento.

Torna-se agora necessário dar uma olhada na realidade psíquica interna do lactente e da criança. Esta rapidamente se torna um mundo pessoal em crescimento que é situado pela criança tanto dentro como fora do *self*, do *self* que está recém estabelecido como uma unidade com uma "pele". O que está dentro é parte do *self*, embora não lhe seja inerente, e pode ser projetado. O que está fora não é parte do *self*, mas também não lhe é inerente e pode ser introjetado. Na normalidade, uma troca constante ocorre à medida que a criança vai vivendo e coletando experiências, de modo que o mundo externo é enriquecido pelo potencial interno, e o interior é enriquecido pelo que pertence ao exterior. A base para estes mecanismos mentais é, nitidamente, o funcionamento da incorporação e eliminação na experiência do corpo. Eventualmente isto será percebido pela criança (que está por esta época se tornando um indivíduo maduro), o que existe e que é verdadeiramente do ambiente. Esse ambiental inclui as tendências herdadas, bem como a provisão do ambiente, o mundo passado e futuro e o universo ainda desconhecido.

É evidente que, à medida que a criança cresce, o conteúdo de sua vida pessoal não fica só restrito a ela. O *self* fica cada vez mais moldado pela influência do ambiente. Um bebê que adota um objeto quase como parte do *self* não poderia tê-lo adotado se este não estivesse por perto para ser adotado. Do mesmo modo, todas as introjeções não são apenas exportações reimportadas, mas são também verdadeiras mercadorias estrangeiras. O lactente não pode se dar conta disso até que um grau considerável de maturação tenha ocorrido, e a mente se tenha tornado capaz de encarar intelectualmente e inteligentemente fenômenos que não tinham sentido em termos de aceitação emocional. Em termos de aceitação emocional o *self*, em seu núcleo, é sempre pessoal, isolado e não afetado pela experiência.

Esta maneira de ver o desenvolvimento emocional é importante para minha tese, uma vez que, à medida que o lactente cresce desta maneira, o estágio se estabelece para os que estão empenhados no cuidado do lactente e da criança para que ponham ao alcance da mesma não apenas objetos (como ursinhos, bonecas ou autinhos) mas também códigos morais. Estes códigos morais são dados de modo sutil por expressões de aceitação ou por ameaças de privar de amor. Na verdade, a expressão "moralidade esfincteriana" é utilizada para descrever o modo como as idéias de certo ou errado podem ser transmitidas aos lactentes e crianças pequenas em termos do modo como a incontinência (de esfíncteres) resulta em autocontrole socializado. Controle sobre as excreções é apenas um óbvio exemplo de uma quantidade de fenômenos semelhantes. Contudo, em termos de moralidade esfincteriana é fácil verificar que os pais que esperam que a criança pequena se submeta aos regulamen-

tos antes de atingir o estágio em que o autocontrole faz sentido estão privando a criança do sentimento de mérito e fé na natureza humana que vem do progresso natural que atinge ao controlar os esfíncteres. Esta espécie de atitudes enganosas com o "treinamento" ignora o processo maturativo da criança, e ignora o fato da criança querer ser como as outras pessoas e animais que vivem no mundo da criança.

Sem dúvida, há e sempre haverá aqueles que pela constituição ou condicionamento preferirão implantar morais, assim como há os que pelas mesmas bases preferirão aguardar, e talvez aguardar um longo tempo, pelo desenvolvimento natural. Apesar disso tais temas podem ser discutidos.

Nesses assuntos a resposta é sempre que há *mais para se ganhar do amor do que da educação.* Amor aqui significa a totalidade do cuidado com o lactente ou criança, que favorece o processo maturativo. Isto inclui ódio. Educação significa sanções e a implantação dos valores sociais ou dos pais à parte do crescimento e amadurecimento próprios da criança. Educação em termos do ensino de aritmética tem de aguardar por aquele grau de integração pessoal da criança que torna o conceito de *um* significativo, e também a idéia contida no pronome da primeira pessoa do singular. A criança que conhece o sentimento de EU SOU, e que pode carregá-lo, sabe sobre *um* e então, logo a seguir, quer que lhe ensinem adição, subtração e multiplicação. Da mesma maneira, a educação moral se segue naturalmente à chegada da moralidade na criança pelos processos de desenvolvimento natural que é favorecido pelo cuidado adequado.

Senso de valores

Logo ocorre a pergunta: que há, de modo geral, sobre o senso de valores? Qual o dever dos pais a este respeito? Este tema, de âmbito mais geral, se segue à consideração de temas mais específicos relativos ao comportamento do lactente. Também aqui há os que têm receio de aguardar e preferem inculcar, como também há os que aguardam e se mantêm preparados para apresentar as idéias e expectativas que a criança possa utilizar à medida que chega a cada novo estágio de integração e capacidade para consideração objetiva.

No que concerne à religião e à idéia de um deus, há claramente os extremos daqueles que ignoram que a criança tem a capacidade de criar um deus e por isso tratam de implantar a idéia o mais cedo possivel, e daqueles que aguardam e observam os resultados de seus esforços para satisfazer as necessidades de seu bebê em desenvolvimento. Estes últimos, como já disse, tornarão conhecidos à criança os deuses da família quando a criança tiver atingido o estágio apropriado para sua aceitação. Neste caso, não há praticamente padrão estabelecido; no primeiro caso este padrão estabelecido é exatamente o que se quer, ficando a criança limitada a aceitar ou rejeitar esta entidade basicamente estranha a ela, o conceito implantado de deus.

Pode-se encontrar os que advogam não se deixar ao alcance da criança nenhum fenômeno cultural para que essa se apodere dele e o adote. Eu conheci mesmo um pai que se recusava a permitir que contassem histórias de fadas a sua filha, ou que ela tivesse contato com qualquer idéia de bruxas, fadas ou príncipes, porque queria que sua filha tivesse uma personalidade exclusivamente sua; estava-se exigindo da pobre criança começar novamente a elaboração de todas as idéias e conquistas artísticas criadas através dos séculos. O esquema não funcionou.

Do mesmo modo, não é solução para o problema dos valores morais aguardar que a criança desenvolva seus próprios valores, não se encarregando os pais de oferecer nada que se origine do sistema social local. Além disso, há uma razão especial pela qual um código moral deve estar ao alcance da criança: o fato do código moral inato ao lactente e à criança pequena ter uma característica ferrenha, crua e incapacitante. O código moral adulto se torna necessário porque humaniza o que na criança é desumano. A criança sofre com o receio da retaliação. A criança pode morder durante uma experiência excitante de relacionamento com um objeto bom, com o que o objeto passa a ser sentido como algo que morde. A criança tem prazer em uma orgia excretória em que o mundo se enche de água que afoga, e sujeira que pode soterrá-la. Estes crus receios se tornam humanizados principalmente pelas experiências da criança com seus pais, que desaprovam e ficam brabos mas não mordem, afogam ou queimam a criança como retaliação ligada exatamente ao impulso ou à fantasia da criança.

Pela experiência da vida a criança, normalmente, se torna preparada para acreditar em algo que lhe pode ser apresentado em termos de um deus pessoal. Porém a idéia de um deus pessoal não é válida para uma criança que não teve a experiência de seres humanos, pessoas humanizando as aterradoras formações do superego diretamente relacionadas com os impulsos e fantasias infantis que acompanham o funcionamento do corpo e as cruas excitações instintivas.[3]

Este princípio que influi na transmissão de valores morais igualmente se aplica à transmissão do acervo todo da cultura e civilização. Dê-se à criança Mozart, Haydn e Scarlatti desde o início para se ouvir e se conseguirá um bom gosto precoce, algo para ser exibido em festinhas. Porém a criança tem de iniciar provavelmente com os ruídos conseguidos ao soprar um papel higiênico sobre um pente, para então progredir ao bater latas e soprar em uma velha corneta; a distância entre berrar e ruídos comuns de *Voi che Sapete* é imensa, e a apreciação do sublime tem de ser uma conquista pessoal, e não algo implantado. Além disso, criança alguma pode compor ou interpretar seu próprio Mozart. Você tem de ajudá-la a descobrir este e outros tesouros. Na arte de viver, isto implica se dar exemplo à criança, não um melhor do que você realmente é, insincero, mas um exemplo aceitável e decente.

A moralidade mais ferrenha é a da mais tenra infância, que persiste como um traço da natureza humana que se pode verificar por toda a vida do indivíduo. Imoralidade para o lactente é se *submeter, às custas de seu modo pessoal de viver.* Por exemplo, uma criança de qualquer idade pode achar que comer é errado, até o ponto de morrer por este princípio. A obediência traz recompensas imediatas e os adultos

3 – Erikson escreveu sobre este tema em termos do conceito de virtude (Erikson, 1961).

confundem, com excessiva facilidade, obediência com crescimento. Pode-se evitar os processos de maturação usando uma série de identificações como atalho, de modo que o que se revela clinicamente é falso, um *self* ator, a cópia de alguém, talvez; o que poderia ser chamado de *self* verdadeiro ou essencial permanece oculto e privado da experiência de viver. Isto leva muitas pessoas que parecem estar bem eventualmente a acabar com suas vidas, que se tornaram falsas e irreais; êxito irreal é moralidade do mais baixo calão, comparadas ao qual pequenas transgressões sexuais dificilmente contam.

Há um estágio do desenvolvimento da criança que tem importância especial e devo me referir a ele, embora seja apenas outro exemplo, mais complexo, da provisão ambiental favorecendo os processos de maturação.

Nesse estágio a que me refiro ocorre a formação gradual na criança da capacidade para experimentar um senso de responsabilidade, aquele que no fundo é um sentimento de culpa. O elemento ambiental essencial aqui é a presença contínua da mãe ou figura materna durante o período em que o lactente e a criança estão se adaptando à destrutividade que faz parte de sua natureza. Essa destrutividade se torna cada vez mais um aspecto na experiência das relações objetais, e a fase de desenvolvimento a que me refiro dura dos seis meses aos dois anos, mais ou menos, após a qual a criança pode vir a ter uma integração satisfatória da idéia de destruir o objeto, ao mesmo tempo que ama o mesmo objeto. A mãe é necessária nesse período, e necessária por seu valor para a sobrevivência. Ela é uma mãe-ambiente e ao mesmo tempo uma mãe-objeto, o objeto de intenso amor. Neste último papel ela é repetidamente destruída ou danificada. Gradativamente a criança vem a integrar estes dois aspectos da mãe tornando-se capaz de amar e ser afetuosa ao mesmo termpo com a mãe sobrevivente. Essa fase inclui um tipo especial de ansiedade que se chama de sentimento de culpa, culpa essa relacionada com a idéia de destruição quando o amor também está atuando. É essa ansiedade que leva a criança ao comportamento construtivo ou ativamente amoroso, dentro dos limites de seu mundo, ressuscitando o objeto, fazendo-o ainda melhor, reparando o que foi danificado. Se a figura materna não é capaz de estar com a criança por toda essa fase, a criança fracassa em descobrir ou perde (se já a possuía) a capacidade de sentir culpa, sentindo ao invés uma forma crua de ansiedade que é simplesmente desperdiçada. (Descrevi isto alhures e de forma mais completa do que o faço aqui. Naturalmente, a investigação principal desta parte de nossa compreensão do desenvolvimento da criança nos vem de Melanie Klein, e se encontra em seus estudos reunidos sob o título de "A Posição Depressiva".)

A provisão de oportunidades

Este é um estágio essencial no desenvolvimento da criança e que não tem nada que ver com educação moral, exceto pelo fato de que se esse estágio for bem elaborado, a solução pessoal da própria criança para o problema da destruição do que é

amado resulta na necessidade da criança de trabalhar ou adquirir habilidades. É aqui que o propiciar de oportunidades, incluindo o ensino de habilidades, satisfaz as necessidades da criança. Mas a necessidade é que é o fator essencial, e esta se origina do estabelecimento, dentro do *self* da criança, da capacidade de tolerar o sentimento de culpa suscitado por seus impulsos e idéias destrutivas, de tolerar se sentir responsável, de modo geral, por idéias destrutivas, por se ter tornado confiante em seus impulsos de reparação e oportunidades de contribuição. Isto reaparece em grande escala no período da adolescência e é sabido que a provisão de oportunidades para servir aos jovens é mais válida do que educação moral no sentido do ensino de moral.

Indiquei antes que retornaria à idéia de perversidade e de pessoas perversas. Para o psiquiatra os perversos são doentes. Perversidade faz parte do quadro clínico produzido pela tendência anti-social. E vai desde urinar na cama até o roubo, a mentira, e incluindo o comportamento agressivo, atos destrutivos, crueldade compulsiva e perversões. Existe uma vasta literatura para a compreensão da etiologia da tendência anti-social, por isso me limitarei a uma breve exposição aqui. Em poucas palavras, a tendência anti-social representa a esperança de uma criança carente que, afora isso, é desgraçada, desesperada e inofensiva; a manifestação da tendência anti-social em uma criança significa que se desenvolveu nela alguma esperança de achar um modo de superar um vazio. Esse vazio se origina de uma solução de continuidade da provisão ambiental, experimentada em um estágio de dependência relativa. Em cada caso houve uma solução de continuidade da provisão ambiental, que resultou na suspensão dos processos de maturação e em um estado clínico de confusão na criança.

Freqüentemente o psiquiatra de crianças, em casos vistos antes da instalação de ganhos secundários, é capaz de auxiliar a criança a preencher este vazio, de modo que ao invés do roubo aparece o retorno de uma antiga relação satisfatória com a mãe, figura materna ou o pai. A perversidade desaparece quando o vazio é preenchido. Isto é uma simplificação excessiva mas pode ser o suficiente. A perversidade compulsiva é a última coisa a ser curada, ou mesmo interrompida, pela educação moral. A criança sabe, no íntimo, que há *esperança* em seu comportamento perverso e que o que está unido à obediência e à falsa socialização é o *desespero.* Para a pessoa anti-social ou perversa o educador moral está do lado do inimigo.

A compreensão que a psicanálise pode trazer é importante, embora sua aplicação seja de valor limitado. O pensamento moderno, extensamente baseado na psicanálise, torna possível verificar o que é importante no cuidado do lactente e da criança, aliviando os pais da carga que sentem quando acham que têm de fazer seus filhos ser bons. Ela avalia os processos de maturação no crescimento individual e os relaciona com o ambiente favorável. Examina o desenvolvimento do senso moral no indivíduo, e demonstra como a capacidade de se sentir pessoalmente responsável faz parte da normalidade.

O que o analista deixa sem resolver se refere à educação moral dos indivíduos que não amadureceram em aspectos essenciais, e não têm capacidade de avaliação moral ou sentimento de responsabilidade. O analista simplesmente afirma que essas pessoas são doentes e em alguns casos é capaz de propiciar tratamento que é eficiente. Mas aí permanece o esforço do educador moral para cuidar desses indivíduos,

sejam doentes ou não. Aqui o que o analista pode pedir é que o educador não despeje estes métodos projetados para essas pessoas doentes sobre as que estão sadias, para que estas não sejam afetadas. A grande maioria das pessoas não é doente, embora, na verdade, possam revelar todo o tipo de sintomas. Medidas drásticas ou repressivas, ou mesmo doutrinação, podem se adaptar às necessidades da sociedade para o manejo do indivíduo anti-social, mas essas medidas são a pior coisa possível para pessoas normais, para aqueles que podem amadurecer a partir de dentro de si mesmos, desde que recebam um ambiente favorável, especialmente nos estágios iniciais do crescimento. São estes, os normais, que se transformam em adultos que constituem a sociedade e que coletivamente estabelecem e mantêm o código moral para as décadas seguintes, até seus filhos os substituírem.

Como disse o Prof. Niblett na primeira conferência desta série, não podemos nos dirigir aos adolescentes com as palavras: "é com vocês". Temos de lhes propiciar, na primeira infância, na meninice e na adolescência, no lar e na escola, o ambiente favorável em que cada indivíduo possa desenvolver sua capacidade moral própria, desenvolver um superego que evoluiu naturalmente dos elementos da crueza do superego do latente, descobrir seu próprio modo de utilizar ou não o código moral e o acervo da cultura geral de sua época.

Na época em que a criança está crescendo para o estado adulto, o destaque não é mais para o código moral que lhe transmitimos; ela passou para coisas mais positivas, o conjunto de conquistas culturais da humanidade. E então, em vez de educação moral, propiciamos à criança a oportunidade de ser criativa já que a prática das artes e da arte da vida oferece a todos aqueles que não copiam e não se submetem, mas desenvolvem genuinamente uma forma de auto-expressão.

Segunda parte

TEORIA E TÉCNICA

Sobre a contribuição da observação direta da criança para a psicanálise[1] (1957)

9

Quero examinar a confusão que imagino poder surgir da aceitação da palavra "profundo" como sinônimo da palavra "precoce". Publiquei dois artigos especificamente no campo da observação direta; eles se referem a: *a)* o modo da criança aceitar um objeto (Winnicott, 1941), e *b)* o uso dos objetos e dos acontecimentos durante a transição da criança de uma vida puramente subjetiva para o estágio seguinte (Winnicott, 1951).

Ambos proporcionam material útil para o exame de minha tese principal, que é de que "profundo" no sentido analítico não é o mesmo que "precoce" em termos do desenvolvimento da criança.

A observação de crianças em uma situação determinada

(Denominarei isto Pesquisa de Ação, para lhe dar roupagem moderna e ligá-lo a Kris.)

É possível distinguir três estágios principais no relacionamento de uma criança com um objeto (a ela se apresentando da forma então descrita).

Primeiro estágio: Reflexo de preensão precoce;
reclusão;
tensão, incluindo preensão voluntária emergente e lenta passagem do objeto à boca.

1 – Apresentado no 20° Congresso Psicanalítico Internacional, realizado em Paris, em julho de 1957, e publicado pela primeira vez (em francês) na *Revue Française de Psychanalyse*, 22, p. 205-11.

Aqui a boca se enche de saliva, que escorre.

Segundo estágio: Abocanhar o objeto;

uso casual do objeto em exploração experimental, brincando e como algo com o que possa alimentar outros.

Aqui o objeto cai por descuido. Presumamos que é recolhido e devolvido à criança.

Terceiro estágio: Afastamento.

Considerando esses aspectos em relação a um exemplo dado, necessita-se saber de imediato a idade da criança. A idade típica é aos onze meses. Aos treze e quatorze as crianças já desenvolveram tantos outros interesses alternativos que o mais importante pode passar despercebido.

Aos nove ou dez meses a maioria dos lactentes percorrerá as fases normalmente, embora quanto mais novos sejam mais necessitem de algum grau daquela cooperação sutil que as mães sensíveis podem dar, que apóia sem contudo dominar. Na minha experiência não é comum um bebê de seis meses de idade demonstrar claramente o desempenho físico todo. A imaturidade nesta idade é tal que será uma faça nha se o objeto for agarrado e seguro ou talvez levado à boca. A observação direta mostra que o bebê precisa ter um amadurecimento físico e psicológico de certo grau antes de ser capaz de apreciar a experiência emocional por inteiro.

Quando este fenômeno aparece em Psicanálise, seja em uma sessão, seja em uma fase durando dias ou semanas, não é possível para o analista datar o que é observado ou inferido. Para o analista que revisa o material se apresentando na análise pode parecer que o fenômeno que acabo de descrever seria aplicável à infância precoce do paciente, ou mesmo aos primeiros dias ou semanas. Esse material pode aparecer na análise, combinado com pormenores que realmente pertençam à infância mais precoce, até mesmo ao estado perinatal. Isto o analista precisa aprender a aceitar. A despeito disso é na análise que o significado completo do brincar da criança se torna reconhecível, brincar que indica a fantasia completa de incorporação e eliminação, e do crescimento da personalidade pela ingestão imaginada.

Fenômeno e objeto transicionais

No caso mais simples, um bebê normal adota um pedaço de pano ou um guardanapo e se torna viciado nele na idade de seis meses ou um ano ou mesmo mais tarde. O exame deste fenômeno no trabalho analítico nos possibilita relacionar a capacidade de formação de símbolos com o uso de um objeto transicional. Contudo, no trabalho analítico, pareceria possível aplicar essas idéias a uma infância mais precoce, em forma rudimentar, ainda que permaneça o fato de que há uma idade antes da qual o objeto transicional não pode existir, por causa da imaturidade do lactente. Também animais têm objetos transicionais. O próprio chupar o dedo na mais tenra infância não pode ter o significado, para o lactente, ao nascer, que pode ter para a criança de poucos meses, e certamente não tem todo o significado que tem o chupar o dedo compulsivo para uma criança psicótica de dez anos.

Profundo não é sinônimo de precoce porque um lactente necessita um certo grau de amadurecimento para ir se tornando gradativamente capaz de ser profundo. Isto é óbvio, quase lugar-comum, e ainda assim acho que não recebeu atenção suficiente.

Neste ponto, seria conveniente se pudesse definir a palavra "profundo". James Strachey (1934), defrontando-se com o mesmo problema, escreveu:

"A ambigüidade do termo (interpretação "profunda"), contudo, não deveria nos preocupar. Ele descreve, sem dúvida, a interpretação de material que ou é geneticamente precoce e historicamente distante da experiência atual do paciente ou está sob uma carga particularmente pesada de repressão – material, de qualquer modo, que no curso normal das coisas é excepcionalmente remoto e inacessível ao ego." Parece que ele aceita as duas palavras como sinônimos.

Examinando o assunto verificamos que "profundo" é uma questão de uso e "precoce" uma questão de fato, o que faz a comparação dos dois difícil e de significado transitório. É mais profundo citar relacionamentos mãe-criança do que relacionamentos triangulares, referir-se à ansiedade persecutória interna do que à sensação de perseguição externa; mecanismos de *splitting*, desintegração, e uma incapacidade de estabelecer contato me parecem mais profundos do que pode ser a ansiedade em um relacionamento.

Acho que quando usamos a palavra "profundo" sempre indicamos profundidade na fantasia inconsciente do paciente ou em sua realidade psíquica; em outras palavras, estão envolvidas a mente e a imaginação do paciente.

Em seu "Opening Remarks on Psychoanalytic Child Psychology", Kris (1951) assinalou: "Extrapolando dos mecanismos psicóticos para a mais tenra infância (. . .)" Ele estava examinando criticamente a relação entre a profundidade da interpretação em análises e a aplicação da precocidade dos mecanismos psicóticos à psicologia do lactente. No trabalho analítico, com o auxílio de nossos conceitos em evolução, avançamos cada vez mais em profundidade. Podemos verificar e utilizar os fenômenos da transferência que se relacionam com elementos cada vez mais profundos no desenvolvimento emocional dos pacientes. De certo modo "cada vez mais profundo" significa "cada vez mais precoce", mas só até certo ponto. Temos de considerar o fato de que nos pacientes em análise houve fusão de elementos precoces com outros posteriores.

Acostumamo-nos a formular idéias sobre a infância pelo que verificamos em análise. Isto se originou no trabalho do próprio Freud. Ao aplicar a teoria de Freud da origem das neuroses à psicologia da criança na época da lactação não nos vemos em dificuldades, embora mesmo aqui os psicanalistas estivessem sujeitos a afirmar coisas que eram verdadeiras em análise mas falsas quando aplicadas de modo direto a psicologia da criança.

À medida que utilizamos idéias que nos levam a maior profundidade, nos arriscamos mais ao aplicar o que verificamos em análise à psicologia da primeira infância. Consideremos o conceito de Klein descrito pelo rótulo de "posição depressiva no desenvolvimento emocional". Em certo sentido é mais profundo e também mais precoce. O estudo do desenvolvimento do ego nos torna incapazes de aceitar um fato

tão complexo como a posição depressiva em lactente com menos de seis meses, e, de fato, seria mais seguro lhe designar uma época posterior. Achar referências à posição depressiva como algo que pode ser verificado em lactentes de poucas semanas seria absurdo. O que é denominado de "posição paranóide" por Melanie Klein, contudo, é sem dúvida algo muito mais cru, quase uma temática de retaliação e talvez pudesse ser verificado antes da integração se tornar uma realidade. A obtenção da história clínica na clínica pediátrica indicaria que a expectativa de retaliação pode datar dos primeiros dias de vida. Por isso me referiria à posição paranóide mais como precoce do que como profunda.

Quanto ao mecanismo de *splitting*, é ele uma questão de psicologia profunda ou precoce? Sugiro que é importante conhecer a resposta porque esta indicaria o desenvolvimento do ego e o papel desempenhado pela mãe. Posso me referir ao que é profundo como pertencente à criança, mas quando nos referimos ao que é precoce temos de levar em consideração o ambiente auxiliar do ego, que é um aspecto importante na extrema dependência dos estágios iniciais.

O observador direto de crianças deve estar preparado para fazer concessões ao analista quando este formula idéias sobre a mais tenra infância, idéias que podem ser psicologicamente verdadeiras e, ainda assim, impossíveis de serem demonstradas; na verdade, pode ser possível às vezes, pela observação direta, provar que o que foi verificado na análise não poderia de fato existir na época indicada devido às limitações impostas pela imaturidade. O que se verifica repetidamente em análise não fica anulado por ser provado ser errado pela observação direta. A observação direta só prova que os pacientes estavam datando certos fenômenos mais cedo e assim dando ao analista a impressão de que as coisas estavam acontecendo em uma época em que não poderiam ter acontecido.

Certos conceitos soam verdadeiros do meu ponto de vista quando estou fazendo análise e falsos quando observo lactentes em minha clínica. Kris (1951) diz mais: "Observações (. . .) realizadas em um grande número de situações confirmam o ponto de vista daqueles que acentuam a importância do ambiente concreto da criança para seu desenvolvimento." Há uma maneira sutil pela qual a importância do ambiente concreto pode ser diminuída por muitos analistas que, entretanto, cuidadosamente reconhecem e consideram o fator ambiental. É muito difícil chegar ao âmago da questão, mas em uma discussão como esta temos que tentá-lo. Se cada vez mais profundo como formulado no trabalho analítico significa cada vez mais precoce, então se torna necessário presumir que o lactente imaturo de poucas semanas poderia estar consciente de seu ambiente. Sabemos, contudo, que o lactente não é consciente do ambiente como tal, especialmente quando o ambiente é bom ou suficientemente satisfatório. Na verdade o ambiente induz reações quando falha em algum aspecto importante, mas o que denominamos ambiente satisfatório é algo que consideramos como certo. O lactente nos estágios iniciais não tem consciência do meio, consciência esta que poderia retornar e se apresentar como material em análise. A concepção do que é ambiental tem de ser acrescentada pelo analista.

Quando um analista nos leva a aspectos mais profundos da compreensão do material trazido pelo paciente analítico, isto não é suficiente para que o analista possa

afirmar que o fator ambiental é reconhecido como tendo importância. Se a formulação da psicologia completa da criança está sendo enunciada, tal que possa ser confirmada pela observação direta, o analista precisa, com imaginação, reunir o material mais precoce apresentado pelo paciente com o ambiente, ambiente este *que está implícito*, mas que não pode ser dado pelo paciente em análise, por nunca ter tido consciência dele. Ilustrei isso em minha descrição de um caso publicado em que o paciente tinha a sensação de estar encolhido e rodando, em um momento de se ensimesmar, e interpretei como um ambiente que estava implícito, mas que não podia ser relatado. Não há sobrevivência física ou emocional de uma criança sem um ambiente. Para começo de conversa, sem ambiente a criança cairia indefinidamente. A criança no colo ou deitada no berço não está consciente de estar a salvo de uma queda infinita. Uma leve falha em ser segura, contudo, traz à criança a sensação de uma queda sem fim. Na análise um paciente pode relatar uma sensação de queda, datada dos primeiros dias, mas nunca pode relatar ser seguro ao colo neste estágio precoce do desenvolvimento.

Profundidade cada vez maior nos leva às raízes instintivas do indivíduo, mas não dá indicação da dependência normal, que não deixou marcas no indivíduo, embora caracterize a vida, de início.

Sugiro que esta diferença essencial entre profundidade e precocidade, se reconhecida, tornaria mais fácil observadores diretos e analistas concordarem uns com os outros. Haverá sempre observadores diretos que dirão aos analistas que eles fizeram uma aplicação muito precoce de suas teorias. Os analistas continuarão a dizer aos observadores diretos que há muito mais na natureza humana do que o que pode ser observado diretamente. A rigor aí não há dificuldade, exceto por uma série de pontos teóricos interessantes para discussão. Contudo, na prática, há certos aspectos em que é muito importante conhecer o que se aplica e o que não se aplica à infância mais precoce.

A Psicanálise tem muito a aprender daqueles que observam diretamente as crianças, as crianças junto com as mães e as crianças no ambiente em que vivem ao natural. Da mesma forma, a observação direta por si só não é capaz de estabelecer uma psicologia da mais tenra infância. Pela cooperação constante, analistas e observadores diretos poderão se tornar capazes de correlacionar o que é profundo em análise com o que é precoce no desenvolvimento da criança.

Em duas palavras: o lactente humano precisa percorrer certa distância do começo para ter a maturidade para ser profundo.

Análise da criança no período de latência[1] (1958) 10

O tema que se vai discutir é o tratamento da criança na latência. Fui convidado a descrever o *tratamento psicanalítico*, e para contrabalançar um colega foi convidado a descrever a *psicoterapia individual*. Espero que ambos comecemos com o mesmo problema: como se distingue as duas? Pessoalmente, não sou capaz de fazer essa distinção. Para mim a questão é: teve o terapeuta treinamento analítico ou não?

Ao invés de estabelecer os contrastes entre os dois temas, poderíamos, com mais proveito, contrastar os dois com o tema da psiquiatria de crianças. Empreguei (como analista treinado) psicoterapia individual para centenas de crianças. Tive também um certo número de crianças desta idade em psicanálise, mais de doze e menos de vinte. Os limites são tão vagos que seria incapaz de ser exato.

Por isso, para mim, esta discussão deveria ser realizada entre colegas que estão fazendo o mesmo trabalho, mas que estão preparados para esse trabalho por diferentes esquemas de treinamento. Não seria de bom-tom discutir aqui os diferentes esquemas de treinamento, embora alguns deles (tem que se admitir) são menos adequados do que outros.

Não me surpreende quando as indagações revelam que a psicoterapia e a análise de crianças têm a mesma aparência quando escritas, independentemente da escola a que se filia o terapeuta. Se o terapeuta é adequado por temperamento e capaz de ser objetivo e preocupado com as necessidades da criança, então a terapia se adaptará às necessidades do caso como se apresentarem no curso do tratamento.

1 – Pronunciada no 14º Congresso Internacional de Psiquiatria de Crianças, em Lisboa, em junho de 1958, e publicada pela primeira vez em *A Criança Portuguesa*, 17, p.219-29.

Presumo que nesta conferência deixaremos de lado considerações sobre terapia baseada em várias atitudes que são diferentes da nossa, das quais seriam exemplos as seguintes: educativa, moralista, persuasiva, punitiva, mágica e física.

É necessário repetir, para deixar bem claro, que acho que não há necessidade de se contrastar psicanálise com terapia individual. Estas palavras podem significar a mesma coisa e muitas vezes significam.

Uma vez que é minha tarefa falar como alguém treinado na escola psicanalítica, devo me referir, ainda que brevemente, à natureza da psicanálise. Depois disso, então, continuarei com a discussão do tratamento da criança na latência.

A natureza da psicanálise

Suponho não ser necessário aqui ir além de relembrar alguns dos princípios essenciais. A psicanálise das crianças não é diferente da dos adultos. A base de toda psicanálise é umá teoria complexa do desenvolvimento emocional do lactente e da criança, uma teoria iniciada por Freud e que vem sendo continuamente alargada, enriquecida e corrigida.

Os avanços na compreensão do desenvolvimento emocional do indivíduo têm sido tão rápidos nos últimos vinte ou trinta anos que é difícil para o leigo se manter em dia com essas mudanças através do estudo da literatura.

A teoria presume uma tendência genética no indivíduo no sentido do desenvolvimento emocional, do mesmo modo que no sentido do crescimento físico; presume uma continuidade do momento do nascimento (ou um pouco antes); presume um crescimento gradativo da organização e da força do ego, da aceitação gradativa da vida instintiva pessoal do indivíduo e da responsabilidade por suas conseqüências reais e imaginadas.

Freud estabeleceu a importância do inconsciente reprimido, e em seu estudo da neurose chegou a um ponto crucial, sem dúvida o mais difícil em termos de aceitação geral, que denominou complexo de Édipo, com a ansiedade de castração como uma complicação inerente. Freud chamou atenção para a vida instintiva da criança humana e para o fato de estarem relacionadas à vida instintiva, conjuntamente com a fantasia total do instinto, as dificuldades principais que se originam em indivíduos normais, isto é, crianças que ultrapassaram os estágios iniciais essenciais do desenvolvimento emocional sem distorção demasiada. Neurose, desta forma, pode ser conceituada como evidência de tensão da ambivalência no relacionamento entre pessoas "inteiras" relativamente normais.

Gradativamente, como é bem conhecido, o estudo da criança levou à formulação dos estágios do desenvolvimento do lactente e da criança anteriores ao complexo de Édipo, as raízes pré-genitais da genitalidade. O ego eventualmente se tornou objeto de estudo, e assim, finalmente, os analistas começaram a examinar o *self* do lactente, e o lactente como uma pessoa dependente de alguma outra pessoa.

Melanie Klein (entre outras coisas) nos possibilitou lidar com um estágio vital-

mente importante no relacionamento entre a criança e a mãe, no qual a capacidade de se preocupar é alcançada; chamou atenção também para os mecanismos que caracterizam a infância mais precoce, em que o objeto e o próprio sujeito são divididos de tal modo que a ambivalência é evitada. Anna Freud contribuiu para o esclarecimento dos mecanismos de defesa do ego. O trabalho de muitos analistas (principalmente americanos) nos levou ao estudo não apenas dos mecanismos que são característicos da infância mais precoce mas também da criança como pessoa dependente do cuidado que se deve ter com ela. Eu mesmo participei da tentativa de estabelecer um conceito das fases mais precoces em que o lactente se acha fundido com a mãe e de onde (por mecanismos complexos e precários) emerge precisando se defrontar conseqüentemente com o relacionamento com objetos que não fazem parte de seu *self*.

Todos esses avanços tornam o estudo da psicanálise muito excitante e muito significativo para o estudioso das doenças mentais e sua prevenção.

DIAGNÓSTICO

Psicanálise como tratamento não pode ser descrita sem referência a diagnóstico. A situação analítica clássica está relacionada com o diagnóstico de neurose e pode ser conveniente se falar tão-somente de neuroses. Este é, na verdade, um tema suficientemente amplo para muitas conferências, mas o que se espera hoje é uma conceituação compreensiva e suscinta da psicanálise, seja qual for o diagnóstico, incluindo o de normalidade. Deve-se ressaltar, embora este tema não deva ser desenvolvido neste momento, que é na técnica da psicanálise que estão as grandes diferenças dependendo de ser a criança neurótica, psicótica ou anti-social.

Deve-se acrescentar, para se ser completo, que a diferença entre a criança e o adulto é que a criança mais brinca do que fala. Essa diferença, contudo, é quase sem importância, e na verdade alguns adultos desenham ou brincam.

A TRANSFERÊNCIA

Uma característica da psicanálise é que o analista não desperdiça o valioso material que emerge para análise nos termos do relacionamento emocional entre o paciente e o analista. Na transferência inconsciente aparecem amostras do padrão pessoal da vida emocional do paciente ou de sua realidade psíquica. O analista aprende a detectar estes fenômenos inconscientes da transferência e, empregando os indícios fornecidos pelo paciente, consegue interpretar o que está pronto para ser conscientemente aceito em uma dada sessão. O trabalho mais produtivo é o que é realizado em termos de transferência.

Nossa discussão então poderia ser orientada com proveito no sentido de descrever a transferência como ela aparece caracteristicamente no período de latência.

Técnica psicanalítica adaptada à criança na latência

Torna-se agora necessário considerar as peculiaridades da psicanálise quando esta forma de tratamento é adaptada ao grupo etário em foco. Admite-se que o grupo etário mais gratificante para o analista, especialmente para o iniciante, é o primeiro, em que a criança tem dois, três ou quatro anos de idade. Depois da passagem do complexo de Édipo se desenvolvem defesas tremendas.

NATUREZA DA LATÊNCIA

Ainda não é bem certo em que se constitui o período de latência. Biologicamente seria necessário presumir que nestes poucos anos, dos 6 aos 10, cessa o desenvolvimento instintivo, de modo a deixar a criança, nesta época, com a vida instintiva baseada no que foi desenvolvido no período anterior. Mudanças recomeçarão na puberdade, e aí então, de novo, a criança estará precisando se organizar contra um estado de mudança de coisas; de estar alerta contra novas ansiedades e de ter a excitação e apreciação de novas experiências e satisfações e novos graus de satisfação.

À parte tudo mais que possa ser dito sobre o período de latência, parece bem claro que há tremendas defesas erigidas e mantidas. Aqui se verifica concordância entre as duas principais escritoras sobre o tema, Melanie Klein e Anna Freud. Em seu capítulo sobre o período de latência em *The Psycho-Analysis of Children* (1932), Melanie Klein principia por se referir às dificuldades especiais do período de latência. "Diferente da criança pequena", diz ela, "cuja imaginação vivaz e cuja ansiedade aguda nos possibilitam adquirir um *insight* mais fácil de seu inconsciente e aí fazer contato, a do período de latência tem uma vida imaginativa muito limitada, em conformidade com a forte tendência à repressão que é característica dessa idade; ao mesmo tempo, em comparação com pessoas adultas, seu ego ainda é subdesenvolvido e nem compreendem que estão doentes nem querem ser curadas, de modo que não têm incentivo para iniciar análise nem estímulo para continuá-la".

O livro de Anna Freud *The Psycho-Analytical Treatment of Children* (1946) trata no primeiro capítulo da discussão de uma fase introdutória que é necessária na análise de crianças. Dos exemplos mencionados se pode verificar que a Srta. Freud está se referindo principalmente às crianças no período de latência, embora não exclusivamente.

Lendo esses dois livros, cada um dos quais está repleto de uma infinita riqueza e indica vasta experiência clínica que podemos muito bem invejar, pode-se ver tanto similaridades como diferenças. Certamente há similaridades e elas se referem ao tema da alteração de técnica que é necessária para a criança na latência. O que não fica claro é que muitas das diferenças se referem a diagnóstico.

A respeito de outras diferenças, e são estas que gostaria de discutir, podemos notar imediatamente que Melanie Klein acha bom interpretar os conflitos incons-

cientes e os fenômenos da transferência à medida que surgem e estabelecer um relacionamento com a criança na base do alívio dado por tais interpretações; em contraste, a Srta. Freud tende a estabelecer um relacionamento com a criança em um nível consciente, e descreve como chega gradativamente ao trabalho de análise com a cooperação consciente do paciente. A diferença é então grandemente uma questão de *cooperação consciente ou inconsciente.*

Parece-me possível se exagerar as diferenças neste ponto, embora elas possam ser suficientemente reais em certas circunstâncias. Na minha opinião, quanto mais o analista interpreta o inconsciente melhor, porque isso orienta a criança no sentido do tratamento analítico e o primeiro alívio sem dúvida provê a primeira indicação à criança que algo se pode obter da análise. Por outro lado, é possível perder pacientes na latência nos estágios iniciais por não se conseguir sua cooperação consciente. Podemos delegar aos pais a transmissão à criança da compreensão intelectual da necessidade do tratamento e deste modo evitar a responsabilidade pela fase introdutória da análise da criança. Mas faz muita diferença como os pais da criança (ou os responsáveis por ela) transmitem a ela a idéia do que se pode esperar de sessões diárias de tratamento. A Srta. Freud deliberadamente toma a si o esforço de explicar para a criança o que está acontecendo, enquanto a Sra. Klein deixa isso aos que trazem a criança, na esperança de prescindir das explicações em nível consciente ao conseguir rapidamente a cooperação inconsciente, isto é, a cooperação que se baseia no trabalho da análise.

Precisamos solucionar a situação como esta nos chega em cada caso que tratamos. Com crianças muito inteligentes precisamos ser capazes de falar à sua inteligência, de alimentar sua inteligência. Às vezes se torna uma complicação estarmos trabalhando com uma criança e a criança sentir que algo está acontecendo e ainda assim não ter nenhuma compreensão intelectual do que se trata. Em qualquer caso, seria uma pena desperdiçar a compreensão intelectual da criança, que pode ser uma aliada poderosa, embora, em certos casos, naturalmente, os processos intelectuais possam ser utilizados como defesa, tornando a análise mais difícil.

Até certo ponto estamos de novo falando sobre diagnóstico. Onde ocorre ansiedade de intensidade psicótica, há grande necessidade de socorro e este deve ser dado imediatamente, e, ainda assim, podendo se satisfazer o intelecto. Estou pensando agora em um menino de dez anos. Ao entrar no consultório pela primeira vez ele estava dizendo a sua mãe: "Mas você não compreende, não é do pesadelo que tenho medo; o problema é *que estou tendo pesadelos quando estou acordado*". Com estas palavras estava dando uma descrição verdadeira de sua doença e pude começar deste ponto, trabalhando também com seu refinado intelecto e dando interpretações em todos os níveis, inclusive nos mais profundos.

Tratando de discriminar as opiniões diversas que são expressas e o que pessoalmente acho, dou-me conta de querer citar Berta Bornstein, em seu estudo "On Latency" (1951). Ela inicia: "Do ponto de vista da habilidade intelectual da criança na latência, podemos esperar que ela possa fazer associação livre. Os fatores responsáveis pela falha da criança em fazê-lo criam uma limitação de ordem geral para a análise de crianças. Há diversas razões para esta inabilidade para associar. Além das

bem conhecidas eu mencionaria apenas uma que ainda não tem sido ressaltada: *A associação livre é experimentada pela criança como uma ameaça especial à organização de seu ego."* (Itálicos meus.)

Acho este modo de encarar o período de latência muito produtivo. Não tenho tempo para me referir à divisão de Berta Bornstein do periodo de latência em fases. De modo geral, contudo, parece-me importante que nos demos conta, quando estamos tratando de crianças desta idade, que elas atingiram a normalidade e deixaram o processo primário. Não se deve atacar esta conquista do ego. O mesmo capítulo termina com as seguintes palavras: "O maior cuidado deve ser exercido na análise da latência para fortalecer estruturas fracas e modificar aquelas que interferem com o desenvolvimento normal. A seleção de material para interpretação e a própria forma de interpretação podem ser conduzidas com estes objetivos." Por esta razão cooperamos com a criança em tudo que é forma de atividade, ao mesmo tempo que coletamos material para a interpretação mutatória.

Berta Bornstein também se refere ao "ideal de latência" de Freud (1905a), isto é, à contenção bem-sucedida das exigências instintivas.

Estou pensando em um caderno de exercícios que tenho comigo. Cada página desse caderno representa trabalho muito construtivo realizado por uma menina no período de latência. O caso dela era um daqueles difíceis em que se poderia dizer que seu único sintoma era enurese noturna. Por trás disso estava um distúrbio de caráter que estava imbricado com sucesso na repressão homossexual da mãe. À medida que se examina o caderno de exercícios, verifica-se ser principalmente composto de desenhos muito bem construídos, feitos com lápis de cor. A análise foi extremamente entediante para mim. A menina parecia me anuviar. De cinqüenta ou mais desenhos só dois ou três perdiam a característica de defesa organizada. Esses dois ou três revelavam tudo que é tipo de colapso, uma desordem e confusão, desintegração; e, em um deles, um objeto semelhante a um seio cortado com tesouras e deixado separado, no meio das folhas. Eis aí sadismo oral e também incontinência e a fantasia da incontinência. Se essa criança tivesse três anos de idade teria sido muito mais fácil chegar à *criança* incontinente ou desintegrada; mas, porque ela estava no grupo da latência, eu tinha que me contentar com chegar a uma *ilustração* de sua fúria oculta. Enquanto que uma criança pequena freqüentemente está furiosa e ainda assim normal, porque controlada naturalmente pelos que a cuidam, uma criança na latência que está furiosa está seriamente doente e necessita de cuidado.

Minha contribuição aqui é um desenvolvimento do tema aceito do período de latência como o período em que o ego se vê sozinho, por assim dizer. Normalmente a criança na latência não é compelida a se curvar ante as exigências do id, embora os impulsos do id retenham seu poder e apareçam de todas as formas, de maneira indireta.

De tudo que se poderia dizer, resolvi dizer aqui que no período de latência:

1 – A criança, em certo sentido, está sozinha, embora necessitando estar com outros que estão em situação parecida. As relações entre crianças normais na latência podem ser íntimas por períodos longos, sem se tornar sexualizadas de modo mani-

festo. O simbolismo sexual se mantém. Os elementos sexuais manifestos de crianças carentes perturbam o brinquedo e a relação com o ego.

2 – A criança na latência está preparada para introjeção, mas não para incorporação – pronta para absorver elementos inteiros de pessoas escolhidas, mas não para comer ou ser comida ou se fundir em uma relação íntima envolvendo instinto.

3 – A criança na latência é uma especialista em manifestar fenômenos internos sem se tornar diretamente envolvida na vida real. A persistência da fase de latência pode se revelar na capacidade do adulto para conquistas do ego às expensas da liberdade do id.

4 – A normalidade é essencial no período de latência e a criança que não pode manter a normalidade nesta fase está clinicamente muito doente. A organização do ego carrega nela o impulso tanto antes como depois é carregado parcialmente pelo impulso do id.

MOMENTO DE INTERPRETAR

Acho que o mais cedo possível é o melhor momento para uma interpretação, quero dizer o *momento mais cedo em que o material torne claro o que interpretar.* Contudo, sou econômico em minha interpretação e se não estou certo do que interpretar não hesito em esperar por algum tempo. Ao fazê-lo me vejo envolvido em uma fase introdutória ou preparatória, brincando, construindo com a criança ou simplesmente sendo anulado, desperdiçado. Estaria preocupado, contudo, com uma coisa apenas, a procura do indício que torne possível a interpretação que seja apropriada para aquele momento, a interpretação que promova uma mudança de ênfase na transferência inconsciente.

Talvez uma afirmação como essa pudesse receber a aceitação geral. Alguns analistas são mais rápidos do que outros para detectar o indício e há espaço suficiente para os rápidos e os lentos neste trabalho. O que importa ao paciente não é a acuidade da interpretação, mas sim o desejo do analista de auxiliar, a capacidade do analista de se identificar com o paciente e assim acreditar no que é necessário e satisfazer as necessidades logo que estas sejam indicadas verbalmente ou em linguagem não-verbal ou pré-verbal.

O FINAL DO TRATAMENTO

Finalmente lhes pedirei para considerar o final da análise. Naturalmente, é sempre necessário pensar em termos do caso individual e do diagnóstico, mas há algo de importância geral que deve ser mencionado. Na análise das crianças pequenas o analista é consideravelmente auxiliado pelas tremendas mudanças que ocorrem naturalmente na criança de cinco, seis ou sete anos de idade. Na época em que a análise está terminando, esses desenvolvimentos estão ocorrendo, facilitados sem dúvida pelo sucesso da análise. Qualquer melhora devida à análise é deste modo *exagerada* pelo curso natural dos acontecimentos. Especialmente com respeito à socialização da criança, é fácil muitas vezes para aqueles que são responsáveis pela criança estarem satisfeitos com o resultado, porque a criança perde a selvageria e instabilidade da era pré-lactente e se torna mais satisfeita nos grupos. Em contraste, *análise na latência rende a terminar em um momento muito inoportuno.*

Seria interessante ouvir este assunto discutido. A análise está tipicamente terminando quando a criança está com onze ou doze anos e as complicações da pré-puberdade e da própria puberdade estão começando a aparecer. Talvez seja recomendável planejar as análises de modo a que ou elas terminem antes do início da puberdade ou então de modo a que possam continuar através dos primeiros anos dos novos desenvolvimentos. Pode ser que alguns analistas, seguindo a última alternativa, vejam seus pacientes a intervalos relativamente infreqüentes, mantendo-se em contato com eles e esperando serem necessários cinco vezes por semana por certos períodos de tempo durante a época da puberdade. À parte as mudanças reais da puberdade, pode facilmente haver incidentes, amizades traumáticas, grandes paixões, seduções, ansiedades masturbatórias que levem à exacerbação das defesas ou à ansiedade franca.

Surge a questão: qual é o lugar que existe para a análise confinada à idade da latência, por exemplo, dos seis aos dez anos? Em que medida, durante este período de calma relativa, no mundo instintivo, pode o analista pretender que conhece a criança? Em que medida pode o analista deduzir do que acontece em tal análise do que era a criança aos três anos e predizer como o será aos treze? Não estou certo das respostas a estas perguntas mas sei que pessoalmente tenho sido iludido muitas vezes fazendo um prognóstico favorável demais e em outras um não suficientemente favorável. Provavelmente é mais fácil saber o que fazer quando a criança está doente, porque então a doença óbvia domina a cena e o tratamento não é considerado encerrado enquanto persiste a doença da criança. Quando a criança está relativamente bem, então não será por pouca coisa que alguém porá sua criança na latência em análise.

Um único analista não pode ter casos suficientes para cobrir todas as contingências, e por isso é necessário que reunamos experiências, sem ter medo de fazer sugestões que pareçam estúpidas quando examinadas pelo grupo. Cada analista acumula uma experiência muito especializada, rica na verdade, mas precisando ser cotejada com as experiências de colegas executando o mesmo trabalho com outras crianças.

Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica?[1] (1959-1964) 11

Este capítulo foi planejado com a intenção de ser uma contribuição preliminar chamando a atenção para a importância do assunto, na esperança de que levará a uma discussão na qual analistas com vários tipos de experiência tomarão parte.

Antes de fazer a minha própria contribuição, na qual indico por que acredito que a psicanálise tem uma contribuição a fazer à classificação, preciso tentar fazer um esboço histórico. Esse esboço será inadequado e talvez incorreto, mas se omitir essa tarefa não terei motivo para dar minha opinião quanto ao profundo efeito que os desenvolvimentos psicanalíticos recentes têm tido na nossa atitude relativa à classificação psiquiátrica. Os desenvolvimentos recentes a que me refiro são os conceitos de *self*, a ligação de psicopatia à privação, e a compreensão de que a psicose se origina num estágio em que o ser humano imaturo é inteiramente dependente do que o meio lhe propicia. Essas três idéias foram escolhidas porque elas me interessam pessoalmente.

Histórico

Nos dias iniciais da psicanálise, Freud se preocupou com três aspectos da doença psiquiátrica. Um foi o comportamento, a relação do paciente com a realidade. O segundo foi a formação de sintomas, que Freud estabeleceu como sendo uma *co-*

1 – Apresentada à reunião científica da Sociedade Psicanalítica Britânica, em 18 de março de 1959.

municação, este conceito sendo parte da sua nova compreensão do inconsciente. O terceiro foi a etiologia, que foi transformada por Freud pela introdução da idéia do processo de desenvolvimento. Freud estudou o desenvolvimento da vida instintiva e isso o envolveu na teoria da sexualidade infantil, que eventualmente levou à teoria da vida instintiva pré-genital da criança, e ao conceito de pontos de fixação. A etiologia da doença psiquiátrica passava a exigir do clínico o interesse pela obtenção da história. Deste modo os psicanalistas se tornaram pioneiros em tomar a história do paciente, e foram eles que reconheceram que a parte mais importante da obtenção da história vem do material emergente no curso da psicoterapia.

Em uma classificação baseada nessas áreas de interesse que Freud explorou nos primeiros anos de seu trabalho, os pacientes ou eram psicóticos ou histéricos. Acentuaria de passagem que Freud esteve sempre interessado nos fatores constitucionais. No começo da segunda década deste século, ele começou a desenvolver sua visão estrutural da personalidade. O ego, o id e o censor foram conceitos que levaram a um estudo mais claro do conflito intrapsíquico, e o equilíbrio intrapsíquico foi considerado evidência de defesa bem-sucedida, exitosa. Tanto a qualidade como a quantidade dos processos no ego se tornaram significativas. O conceito de superego foi eventualmente formulado e foi inicialmente considerado como resultado de introjeções e identificações em massa, originadas do período dos dois aos cinco anos, e da época da eclosão do complexo de Édipo. A história do desenvolvimento instintivo pré-genital levou à elaboração da idéia de regressão a pontos de fixação. Pontos de fixação eram os pontos de origem dos diferentes tipos de doença. Indicavam que a ansiedade (sendo intolerável) tinha levado o indivíduo à organização de defesas de grau ou qualidade que resultavam no bloqueio do progresso adicional no desenvolvimento instintivo. A classificação se tornou relacionada a esses pontos de fixação, bem como aos mecanismos de defesa do ego, que foram eventualmente explorados exaustivamente em termos psicanalíticos por Anna Freud (1936). No centro de tudo isso estavam a ansiedade de castração e o complexo de Édipo. As doenças eram as neuroses.

Freud já havia introduzido a idéia de dependência (amor anaclítico pelo objeto) (Freud, 1914), e os temas de fraqueza e força do ego se tornaram significativos na metapsicologia psicanalítica. Deste modo, uma linguagem foi criada para a descrição dos casos *borderline* e distúrbios de caráter. Os elementos narcisistas no paciente foram considerados indicações de distúrbio do ego, tornando difícil para a psicanálise ser efetiva em seu tratamento, por causa da capacidade enfraquecida, do paciente, para o desenvolvimento da neurose de transferência (Freud, 1937).

Com o passar do tempo gradativamente estudar psicose começou a fazer mais sentido. Ferenczi (1931) contribuiu significativamente ao examinar uma análise fracassada de um paciente com distúrbios de caráter não apenas como um fracasso na seleção mas como uma deficiência da técnica psicanalítica. A idéia implícita aí era que a psicanálise poderia aprender a adaptar sua técnica ao tratamento de distúrbios de caráter e casos *borderline* sem se tornar diretiva, e sem mesmo perder seu rótulo de psicanálise. Eventualmente Melanie Klein (1932, 1948) fez suas contribuições específicas mostrando que na análise das crianças podem ser encontrados distúrbios

psicóticos, e que esses podem ser abordados se tratados com técnica adequada, de modo que o fracasso no lidar com manifestações psicóticas na infância significava para Klein (como para Ferenczi) uma falha de técnica, não uma falha na seleção de pacientes.

Aí então o conceito de situação analítica começou a se alargar. Já Aichhorn (1925) tinha mostrado que adaptações técnicas especiais deviam ser feitas quando o paciente era um caso anti-social. A princípio o trabalho de Aichhorn deve ter causado algum alarma, porque ele estava agindo de um modo que seria considerado "má análise" no caso de tratamento de histeria ou neurose obsessiva. Agora é possível verificar que Aichhorn foi um pioneiro e iniciou um movimento genuíno no sentido da adaptação da técnica psicanalítica às necessidades do psicopata ou da criança carente com uma tendência anti-social.

Todos esses desenvolvimentos tornaram a história precoce de cada caso cada vez mais importante. Neste ponto uma dicotomia pareceu se desenvolver nos círculos psicanalíticos. Eu diria que Melanie Klein representa a tentativa mais vigorosa de estudar os processos precoces do desenvolvimento da criança *afora o estudo do cuidado da criança*. Ela sempre admitiu que o cuidado com a criança é importante, mas não fez um estudo especial disto. Por outro lado houve aqueles que desenvolveram interesse no cuidado com a criança e nas técnicas de cuidar de crianças. Aqueles que assim o fizeram correram o risco de serem considerados traidores da causa do processo interno. O trabalho da Srta. Freud e da Sra. Burlingham na creche Hampstead de guerra (Burlingham e Freud, 1944) levou ao desenvolvimento do estudo das condições externas e seus efeitos. É claro que esta dicotomia entre aqueles que quase só restringem suas pesquisas aos estudos dos processos internos e aqueles que estão interessados no cuidado da criança é uma dicotomia temporária na discussão psicanalítica, de tal modo que eventualmente desaparecerá pelo processo natural (cf. Hartmann, 1939; James, 1962; Kris, 1950).

Nós agora vemos o ego da criança como algo dependente inicialmente de um ego auxiliar, algo que aproveita a estrutura e a força do sistema altamente complexo e sutil de adaptação às necessidades, sendo essa adaptação suprida pela mãe ou pela substituta da mãe. Vemos também o interessante processo da absorção, na criança, dos elementos do cuidado com a criança, aqueles que poderiam ser chamados de elementos "do ego auxiliar". A relação entre essa absorção do meio e o processo de introjeção com o qual já estamos familiarizados gera grande interesse.

Com isso surgem os estudos dos mecanismos pelos quais a criança emerge de um estado de fusão com a mãe, um processo que exige desta a capacidade tanto de amar como de odiar. Na teoria do desenvolvimento emocional da criança o estabelecimento gradativo do indivíduo como uma pessoa separada se torna um tema de importância capital, e esse tema está na pesquisa do dia-a-dia. A classificação deve ser afetada por essas formulações teóricas.

Como resultado desses novos desenvolvimentos o narcisismo nas condições clínicas é visto com novo enfoque. É como se, olhando a doença narcisística, o clínico estivesse sujeito a ser iludido com o ambiente absorvido ou internalizado, e a tomar este (a menos que bem preparado) pelo indivíduo real, que de fato está oculto

e é secretamente amado e cuidado pelo *self* dentro do *self*. É este indivíduo de verdade que está oculto.

Esses desenvolvimentos levaram à reconsideração de outros conceitos. O conceito de instinto de morte parece desaparecer simplesmente por não ser necessário. A agressão é vista mais como evidência de vida. Sob condições favoráveis, ocorre a fusão dos impulsos eróticos e da motilidade, e então o termo sadismo oral se torna aplicável, seguido por todos os desenvolvimentos deste tema. Isso se torna condizente com o desejo materno de ser comida em fantasia. A falha na fusão, ou a perda da fusão que já foi atingida, produz um elemento potencial de destrutividade pura (isto é, sem sentimento de culpa) no indivíduo, mas mesmo essa destrutividade permanece como uma linha vital no sentido de ser a base de relações objetais que são sentidas pelo paciente.

A fusão da origem dos impulsos instintivos (agressivo e erótico) pertence a um estágio do desenvolvimento infantil no qual há muita dependência. Não há possibilidade de, qualquer que seja a criança, cujo meio é insuficientemente adaptado às necessidades da mesma em seu começo, atingir o estado de fusão da agressividade (que faz as relações de objetos parecerem reais, e faz os objetos externos ao *self*) e os desejos eróticos (que têm uma capacidade para satisfação libidinal).

Além disso, o conceito de regressão mudou seu sentido na metapsicologia psicanalítica. Por anos o termo teve a implicação de um retorno a fases mais precoces da vida instintiva, e regressão seria a um ponto de fixação. Isso pertence à visão de elementos instintivos primitivos no indivíduo, não tendo sido levado em consideração o cuidado da criança. Com o estudo da criança *em vivo* não é mais possível evitar consideração do meio. De modo que, ao falar de uma criança concretamente, deve-se mencionar dependência e natureza do ambiente. O termo regressão, portanto, fica como uma aplicação clínica em termos de *regressão à dependência*. Há uma tendência ao restabelecimento da dependência e por isso o comportamento do meio se torna algo que não pode ser ignorado se a palavra regressão for usada. O termo regressão continua a conter a idéia de regressão ao processo primário. A tendência à regressão em pacientes é então vista como parte da capacidade do indivíduo de se curar. Dá a indicação do paciente ao analista de como o analista deve se comportar mais do que como ele deve interpretar. Junto com este tema está o fato clínico da cura através do processo de regressão que é freqüentemente verificado fora do tratamento psicanalítico.

A psicose não fica mais restrita a uma reação à ansiedade associada com o complexo de Édipo, ou a uma regressão a um ponto de fixação, ou a ser ligada especificamente com a posição no processo do desenvolvimento instintivo do indivíduo. Ao invés disso poderia ser pressuposto que a tendência regressiva no caso psicótico é parte da *comunicação* por parte do indivíduo doente, que o analista pode entender do mesmo modo que entende os sintomas histéricos como comunicação. A regressão representa a esperança do indivíduo psicótico de que certos aspectos do ambiente que falharam originalmente possam ser revividos, com o ambiente dessa vez tendo êxito ao invés de falhar na sua função de favorecer a tendência herdada do indivíduo de se desenvolver e amadurecer.

No curso da vasta expansão da teoria que esbocei aqui, emerge um desenvolvimento que possibilita ao clínico se tornar capaz de relacionar distúrbios da afetividade ao esquema geral da metapsicologia psicanalítica. Formulações anteriores possibilitaram a enunciação de saúde em termos negativos, como a ausência de defesas rígidas ou a ausência de fixações, e em termos positivos de força do ego. Agora aparece algo que possibilita pela primeira vez na metapsicologia psicanalítica falar de *validade* na personalidade. Isso veio com o desenvolvimento de Freud da idéia de Abraham em "Mourning and Melancholia", e da elaboração desse tema por Klein. Desde então os distúrbios afetivos começam a ser compreendidos e o caminho está preparado para o relacionamento entre depressão e preocupação. Aqui Melanie Klein fez a sua contribuição mais significativa, enriquecendo nossas idéias do superego, introduzindo a idéia de um superego primitivo derivado da vida instintiva da criança. Os elementos de tal superego se originam antes da fase da eclosão do complexo de Édipo, ou das ambivalências associadas com as relações entre três personalidades "completas".

Aqui não é o local para uma reafirmação do considerável desenvolvimento metapsicológico que se seguiu ao trabalho de Melanie Klein. Esse trabalho relaciona as forças em confronto que operam dentro do *self* à vida instintiva, e relaciona os padrões de defesas que se organizam dentro do *self* à afetividade. Daí se segue um grande aumento da compreensão das representações da realidade interna do psiquismo individual na vida mental dele ou dela. O trabalho de Melanie Klein alterou a classificação psiquiátrica por separar dois tipos de depressão. Um representa uma conquista no desenvolvimento emocional, quase sinônimo da aquisição da capacidade de ser responsável, ou de sentir culpa, e o outro (com despersonalização e outros aspectos que poderiam ser denominados de "esquizóides") representando uma falha iniciada num estágio precoce, antes do estabelecimento do que Melanie Klein chama de "posição depressiva" no desenvolvimento emocional.

Deste trabalho se vai naturalmente à hipomania como uma expressão clínica de defesa maníaca, à negação da depressão que existe; e também ao sobe-desce maníaco-depressivo, que implica uma dissociação no paciente entre controle da agressão não-fundida e elementos introjetados onipotentes, e sua possessão por esses elementos. Na base dessa afirmação é possível visualizar globalmente o assunto da classificação atualmente.

Neurose e psicose

Provavelmente é um tema de consenso geral entre analistas que é válido o uso das palavras *neurose e psicose*.[2] Eis aqui uma classificação simples para todas as doenças mentais.

2 – Eu deliberadamente deixei fora "neurose real" neste contexto.

Estou, naturalmente, me referindo a distúrbios do desenvolvimento emocional e não a doenças tais como deficiência mental primária, estados pós-encefálicos, cérebro arterioscleróticos, paralisia geral progressiva, etc., etc. Quando existe doença ou distúrbio do próprio cérebro, há naturalmente um distúrbio secundário da personalidade, mas esta complicação não precisa ser incluída nesta contribuição preliminar. Foram os psicanalistas que expuseram e desenvolveram a teoria psicogênica das neuroses e psicoses; ou talvez se possa dizer que os psicanalistas mantêm um ponto de vista sobre doença mental que predominava antes dos pontos de vista mais mecanicistas que atingiram o clímax cinqüenta anos atrás e que ainda dominam a psiquiatria não-analítica em geral.

O termo psiconeurose significa para os analistas que o paciente como criança atingiu um certo estágio de desenvolvimento emocional e que, tendo sido atingidos a primazia da genitalidade e os estágios do complexo de Édipo, certas defesas contra a ansiedade de castração foram organizadas. Essas defesas constituem a doença neurótica, e o grau de doença se reflete no grau de rigidez delas. Isso é naturalmente uma grande simplificação, mas os psicanalistas se deram conta de que a ansiedade de castração é central na doença neurótica, embora se reconheça que a forma da doença varia de acordo com as experiências pré-genitais do indivíduo. Quando ocorre ansiedade de aniquilamento, e não ansiedade de castração, como um aspecto importante, então globalmente o psicanalista considerará que o diagnóstico do paciente não é de neurose mas de psicose. Em certa extensão, uma questão de se a ameaça é em termos de parte do objeto ou do objeto todo.

Os vários tipos de doença neurótica são melhor reunidos em tipos de defesa, a principal sendo a repressão. Não as enumerarei. A psicanálise como nós a ensinamos está principalmente baseada no tratamento de neuroses e tentamos escolher casos para nossos estudantes que sejam adequados para esse tipo de ensino, embora reconheçamos que a seleção melhor possível deixará escapar alguns casos que têm distúrbios que vão mais profundamente (principalmente a depressão aparece tanto na qualidade de ansiedade como de distúrbio afetivo.

A psicologia da neurose leva o estudante imediatamente ao inconsciente reprimido e à vida instintiva do indivíduo. A vida instintiva deve ser considerada tanto em termos de funções corporais como da elaboração, em fantasia, dessas funções. (Com o termo instintivo quer se significar o que Freud chamou sexual, isto é, o conjunto de excitações locais e gerais que são um aspecto da vida animal; na experiência destas há um período de preparação, um ato com um clímax, e um pós-clímax.)

Considerações continuadas sobre esse tema levarão à repetição de grande parte da teoria clássica de Freud. Ao usar o termo psiconeurose está implícito que a personalidade do indivíduo está intacta, ou, em termos de desenvolvimento, que a personalidade foi construída e mantida e que a capacidade para relações objetais está intacta. (Também está implícito que o caráter do indivíduo não está significativamente distorcido por ressentimentos ou por tendências psicopáticas melhor organizadas.)

Deixando de lado, por um momento, o distúrbio afetivo, quero me referir à psicose[3] para chegar a pontos de contraste.

O termo psicose é usado para indicar que o indivíduo em criança não foi capaz de atingir um grau de higidez pessoal que faça sentido em termos de complexo de Édipo, ou de outra forma que a organização da personalidade tem fraquezas que se revelam quando a tensão máxima do complexo de Édipo tem de ser suportada. Verse-á que há uma linha muito tênue entre esse segundo tipo de psicose e a neurose. No extremo do primeiro tipo de psicose há pouca semelhança com a neurose, uma vez que ainda não se atingiu um estágio significativo do complexo de Édipo, e a ansiedade de castração ainda não foi uma ameaça maior à personalidade intacta.

Em alguns casos de psicose clínica, o que verificamos representa um *colapso das defesas*; novas defesas têm de ser erigidas de um tipo ainda mais primitivo, mas o quadro clínico é dominado pelo colapso das defesas, de qualquer modo temporariamente; isso é o que usualmente queremos dizer com colapso nervoso; as defesas se tornaram insatisfatórias, e o paciente tem que ser cuidado enquanto novas defesas estão sendo organizadas.[4] Na organização das defesas o indivíduo é afetado por todo o tipo de fatores ambientais, e também tendências hereditárias podem ter importância específica. Além de tudo, o colapso nervoso é teoricamente um estado de caos, mas o colapso completo deve ser uma raridade clínica, se é que é possível, como indicaria uma mudança irreversível no sentido contrário ao crescimento pessoal e no sentido da fragmentação.

Assim como o estudo das neuroses leva o estudante ao complexo de Édipo e a situações triangulares que atingem seu pico na criança na idade pré-escolar e de novo na adolescência, assim o estudo da psicose leva o pesquisador aos estágios iniciais da vida infantil. Isso significa relacionamento materno-infantil, uma vez que nenhum lactente pode se desenvolver fora de tal relacionamento. (Envolve a idéia de dependência previamente ao estabelecimento da operação dos mecanismos de projeção e introjeção.)

Comentário geral

Provavelmente a contribuição mais importante da psicanálise à psiquiatria e à classificação psiquiátrica é a supressão da velha idéia de entidades nosológicas. Aqui o psicanalista está certo ao se colocar no lado oposto ao do pólo daquele tipo de psiquiatra que pensa que há uma doença, esquizofrenia, e outra doença, psicose maníaco-depressiva, e assim por diante (cf. Menninger et al., 1963).

O psicanalista, como já disse, pode ser visto como um especialista em obtenção da história. É verdade que essa obtenção da história é um processo profundo. A descrição de um caso psicanalítico é uma série de histórias clínicas, uma apresentação de diferentes versões do mesmo caso, as versões sendo dispostas em camadas cada qual representando um estágio de revelação. O analista adquire uma visão da doença mental que é muito diferente daquela do psiquiatra que faz um exame cuidadoso do paciente em certo momento da história do caso, como por exemplo quando houve um colapso ou quando ocorreu a hospitalização.

É possível traçar um distúrbio de um paciente da meninice através da adolescência e da vida adulta inicial e ver de que modo houve mutação ao longo da linha de um tipo de distúrbio para outro. Deste modo é impossível para o analista reter qualquer idéia que possa ter obtido de seu treino psiquiátrico formal de que há doenças psiquiátricas definitivas. De fato se torna evidente ao analista no curso de seu trabalho analítico que, no que concerne ao diagnóstico em psiquiatria, está se fazendo uma tremenda tentativa de fazer o impossível, uma vez que o diagnóstico do paciente não apenas fica cada vez mais claro à medida que a análise prossegue como também se altera. Uma histérica pode se revelar uma esquizofrênica subjacente, uma pessoa esquizóide pode vir a ser um membro sadio de um grupo familiar doente, um obsessivo pode se revelar um depressivo.

Os psicanalistas experientes concordariam em que há uma gradação da normalidade não somente no sentido da neurose mas também da psicose, e que a relação íntima entre depressão e normalidade já foi ressaltada. Pode ser verdade que há um elo mais íntimo entre normalidade e psicose do que entre normalidade e neurose; isto é, em certos aspectos. Por exemplo, o artista tem a habilidade e a coragem de estar em contato com os processos primitivos aos quais o neurótico não tolera chegar, e que as pessoas sadias podem deixar passar para o seu próprio empobrecimento.

SUGESTÕES POSITIVAS

Falarei agora das sugestões positivas que gostaria de trazer para discussão neste estágio preliminar. Deve-se compreender que reconheço o valor imenso da classificação psiquiátrica clássica.

Minha preocupação é com o efeito na classificação de algumas novas idéias (ou serão idéias velhas com uma nova ênfase, ou expressas em uma nova linguagem?) Escolherei temas que estudei pessoalmente e tentei elucidar em vários estudos. As mesmas idéias foram apresentadas independentemente à literatura por outros analistas, mas seria confundir o tema se eu fosse tentar citá-los, ou comparar os vários termos usados por outros autores com aqueles usados por eu próprio.

3 – Reconheço que a palavra "psicose" apresenta muitas dificuldades. De certo modo estou reivindicando um significado para esta palavra no momento em que muitos gostariam que ela fosse abandonada. Sugiro, contudo, que esse termo ainda pode ser empregado para designar desordem emocional que não está icluída nos termos neurose ou depressão neurótica. Sei que em psiquiatria o termo psicose é usado para descrever várias síndromes que têm base física. Essa é outra fonte de confusão. Não vejo, contudo, como se possa lucrar inventando uma palavra nova.

4 – Ver mais adiante nota sobre o tema do colapso nervoso, apresentado no fim do capítulo.

Tenho especial atração:

1 – Pela idéia de um *self* verdadeiro e um falso.

2 – Pela idéia de delinqüência e psicopatia como resultantes de privação emocional real ou fantasiada.

3 – Pela idéia de psicose como conectada à privação emocional no estágio anterior àquele em que o indivíduo possa perceber a privação.

1 – Falso self

O conceito de um falso *self* (como eu o chamo) não é difícil de entender. O falso *self* se constrói na base da submissão. Pode ter uma função defensiva, que é a proteção do *self* verdadeiro.

Como princípio governando a vida humana poderia ser formulado com as seguintes palavras: somente o *self* verdadeiro pode se sentir real, mas o *self* verdadeiro não deve nunca ser afetado pela realidade externa, não deve nunca se submeter. Quando o falso *self* se vê usado e tratado como real há um crescente sentimento de futilidade e desespero por parte do indivíduo. É claro que na vida do indivíduo há diversos graus desses estados de coisas, de modo que usualmente o *self* verdadeiro é protegido, mas tem vida, e o falso *self* é a atitude social. Em um extremo da anormalidade o falso *self* pode facilmente ser tomado como real por engano, de modo que o *self* real está sob ameaça de aniquilamento; o suicídio pode então ser a reafirmação do *self* verdadeiro.

Somente o self *verdadeiro pode ser analisado.* A psicanálise do falso *self*, análise que é orientada para o que não significa mais do que o ambiente internalizado, só pode levar à decepção. Pode haver um sucesso aparente inicial. Tem se reconhecido nos últimos anos que para se comunicar com o *self* verdadeiro onde se deu uma importância patológica ao falso *self* é necessário para o analista antes de mais nada propiciar condições que permitam ao paciente delegar ao analista a carga do ambiente internalizado, e assim se tornar uma criança altamente dependente, mas imatura e real; então, e somente então, o analista pode analisar o *self* verdadeiro. Isso poderia ser uma enunciação atual da *dependência anaclítica* de Freud, em que o impulso instintivo cede ao autopreservativo. Dependência no paciente esquizóide ou no caso *borderline* no analista é uma realidade marcante, de modo que muitos analistas preferem evitar o encargo e selecionam os seus pacientes cuidadosamente. Ao selecionar casos para análise, os analistas podem por isso levar em consideração a existência comum de um falso *self*. A seleção requer do clínico uma habilidade para detectar a defesa do falso *self*, e quando isso é detectado o clínico precisa decidir se ele pode ser um auxílio positivo na análise, ou se num caso particular ele é patologicamente forte e indica uma desvantagem inicial tão importante no desenvolvimento emocional que seria melhor que a análise ficasse fora de consideração. Sugiro que "o falso *self*" é um rótulo classificatório valioso, um que nos absolve de qualquer esforço diagnóstico adicional. É neste tipo de caso, não incomum, que a psicanálise pode ser perigosa, isto é, se o analista é considerado. A defesa é sólida e pode carregar com ela sucesso social considerável. A indicação para análise é que o paciente procura por auxílio

porque está se sentindo irreal ou fútil, a despeito do aparente sucesso da defesa.

O caso especial de falso *self* é aquele em que o processo intelectual se torna a sede do falso *self*. Uma dissociação entre a mente e o psicossoma se desenvolve, e produz um quadro clínico bem conhecido. Em muitos desses casos é provável que o paciente esteja dotado de um intelecto especialmente alto e isso pode contribuir para a formação da síndrome embora o QI alto em teste possa resultar da dissociação.

2 - Psicopatia

Inicialmente, preciso tentar definir a palavra psicopatia. Estou usando essa palavra aqui (e acredito estar justificado em assim fazê-lo) para descrever uma condição do adulto que é a delinqüência não-curada. O delinqüente é um rapaz ou uma moça anti-social não-tratado. Um rapaz ou uma moça anti-social é uma criança privada de algo. A criança privada de algo é uma criança que teve algo suficientemente bom, e depois não mais o teve, o que quer que seja, tendo havido então suficiente crescimento e organização do indivíduo na *ocasião da privação* para essas privações serem percebidas como traumáticas. Em outras palavras, no psicopata, no delinqüente e na criança anti-social existe lógica na atitude implícita "o ambiente me deve algo". Pessoalmente acredito que em cada caso de organização anti-social houve um ponto em que houve uma mudança, com o indivíduo capaz de perceber o fato. Essa apreciação naturalmente não é habitualmente consciente, mas o ponto de privação pode ser lembrado, a menos que seja perdido junto com inumeráveis outras privações sucessivas.

Minha tese principal é que o ajustamento defeituoso e todos os derivados desse tipo de distúrbio consistem essencialmente em um ajustamento defeituoso original do ambiente à criança, não tendo ocorrido (esse ajustamento defeituoso) ainda de forma tão precoce que possa produzir psicose. A ênfase é na falha ambiental e a patologia por isso está primariamente no ambiente e apenas secundariamente na reação da criança. A classificação de delinqüentes e psicopatas deve logicamente ser feita em termos de classificação de falhas ambientais. É por essa razão que surge de imediato uma confusão se se tenta colocar psicopatia, reincidência e tendência anti-social na mesma altura de neurose e psicose.

Essa discussão nos leva ao seguinte:

3 - A questão da psicose e da classificação

Se é verdade que os distúrbios que estão compreendidos sob o amplo espectro de psicose (e aqui se incluem os vários tipos de esquizofrenia) são produzidos por deficiência ambiental no estágio de dependência dupla ou máxima, então a classificação tem que ser adaptada para coincidir com essa idéia. Esse desenvolvimento certamente surpreenderia psicanalistas de trinta anos atrás, a maioria dos quais, ao considerar a psicose, teria começado com a presunção de que mecanismos muito primitivos seriam etiologicamente significativos em tais doenças. Atualmente, pre-

sumo, estamos chegando à idéia de que na psicose há defesas muito primitivas que são trazidas à ação e organizadas, *por causa de anormalidades ambientais*. Claro que podemos ver os mecanismos primitivos trabalhando em psicóticos e também em alguns de nossos pacientes "normais", e na verdade em todas as pessoas. Não podemos diagnosticar doença psicótica só por encontrar mecanismos mentais primitivos. Claro está, em doença psicótica é com as defesas primitivas que nos defrontamos, defesas que não têm de estar organizadas se nos estágios mais precoces de dependência quase absoluta a provisão ambiental suficientemente boa existe de fato. Pode-se fazer justiça a todos os fatores com a afirmação de que os processos maturativos do indivíduo (incluindo aí tudo o que é herdado) requerem um ambiente favorável, especialmente nos estágios iniciais. Falhas do ambiente favorável resultam em falhas no desenvolvimento da personalidade do indivíduo e no estabelecimento do *self* do indivíduo, e o resultado é chamado esquizofrenia. O colapso esquizofrênico é o inverso do processo maturativo da infância mais precoce.

Estou sugerindo que no estudo de uma psicose se deve tentar fazer uma classificação do meio e dos tipos de anormalidades ambientais, e do ponto no desenvolvimento do indivíduo em que essas anormalidades atuam, e que tentar classificar indivíduos doentes na base do quadro clínico que eles apresentam não leva a resultados úteis. Repito: as deficiências ambientais que produzem psicose fazem parte do estágio anterior àquele em que o indivíduo em desenvolvimento tem a capacidade de estar perceptivo ou da provisão ambiental ou da sua falha (cf. tendência anti-social). Ver-se-á que na tentativa de datar o início da psicose eu estou portanto me referindo ao grau de dependência do indivíduo e não à vida instintiva pré-genital do indivíduo, nem ao estágio da primazia da zona erótica do lactente.

A argumentação se desenvolveu aqui na base dos extremos. Em nosso trabalho clínico encontramos principalmente pacientes que são em certos sentidos, ou sob certas condições, sadios, mas que podem estar doentes, de modo que se pode dizer que eles nos trazem suas doenças para tratamento como uma mãe traria uma criança doente.

Conflito inerente

Vejamos agora os fatores internos, aqueles que interessam aos analistas. Afora o estudo de pessoas sadias, é talvez apenas na *neurose* e na *depressão reativa* que é possível se aproximar da doença verdadeiramente *interna*, a doença que faz parte do intolerável *conflito* que é inerente à vida e ao viver de pessoas normais. Poderia ser uma definição de saúde psiquiátrica relativa aquela em que o normal pode genuinamente remontar às dificuldades que o indivíduo encontra no esforço inerente à vida do indivíduo, à tentativa (inconsciente) do ego de controlar o id e usar o impulso do id do modo mais amplo possível com relação à realidade. Para mim é importante deixar isso claro porque alguns podem pensar que ao expor um método de classificação que

inclui a classificação do ambiente estou deixando de lado tudo que a Psicanálise conseguiu no estudo do indivíduo.

Sem tentar revisar a literatura, desejo me referir aos trabalhos de dois de meus mestres, Rickman e Glover. As conferências de Rickman em 1928 tiveram uma grande influência no desenvolvimento de meu pensamento, mas não me consta que Rickman se tivesse ocupado da importância da dependência.

Em *On the Early Development of Mind,* de Edward Glover (1956), há muitas referências à classificação. Acho que há apenas duas referências, nesse livro, ao ambiente, do modo como o estou desenvolvendo como tema principal. Na página 174 encontramos a frase: "Um instinto que requer um objeto externo verdadeiro, tal como o mamilo da mãe, não pode ser elaborado a não ser em conexão com o objeto real". Isto é de uma conferência de 1932, intitulada "Uma Abordagem Psicanalítica da Classificação das Doenças Mentais". A outra referência aparece na exposição que Glover fez, em 1949, no *British Medical Bulletin* sobre "A Posição da Psicanálise na Grã-Bretanha" (Glover, 1949). Após descrever um quadro um tanto sombrio do estado de coisas na *British Society*, formula o seguinte comentário: "Então, tudo isto posto, a presente é uma fase interessante na história da Psicanálise. Conquanto possam soar absurdas algumas das hipóteses recentemente expostas, não há dúvida que centralizar o interesse nos problemas do desenvolvimento precoce do ego e na organização da mente durante a fase da 'identificação primária' (isto é, no estágio anterior ao do *self* e 'não-eu' serem acuradamente diferenciados), a longo prazo produzirá resultados de valor tanto no aspecto diagnóstico como terapêutico".

Desejo também mencionar Ackerman (1953), ainda que não pareça estar interessado no aspecto especial da dependência em época tão precoce.

Classificação de acordo com distorções ambientais

Acho válido classificar de acordo com o grau e qualidade da distorção ambiental, ou de sua deficiência, que pode ser reconhecida como etiologicamente significativa. É necessário adotar esse ponto de vista mesmo que seja para rejeitá-lo.

No caso de qualquer indivíduo no início do processo de desenvolvimento emocional, há três coisas: em um extremo há a hereditariedade; no outro extremo há o ambiente que apóia ou falha e traumatiza; e no meio está o indivíduo vivendo, se defendendo e crescendo. Em psicanálise nos ocupamos do indivíduo vivendo, se defendendo e crescendo. Na classificação, contudo, estamos computando a fenomenologia total, e a melhor maneira de fazê-lo é de início classificar os estados ambientais; então continuamos para classificar as defesas do indivíduo, e finalmente tentamos visualizar a hereditariedade. Hereditariedade, na maior parte, é a tendência inerente do indivíduo a crescer, a se integrar, a se relacionar com objetos, a amadurecer.

Uma classificação em termos do ambiente requereria um conhecimento mais apurado do que aquele que existe no presente, tanto quanto sei, dos estágios de de-

pendência. No momento acho válido usar os conceitos que expus em outros estudos, da independência se originando da dependência, que por sua vez se origina de dependência dupla. Com dependência dupla quero dizer dependência que não poderia ser na ocasião apreciada mesmo inconscientemente pelo indivíduo, e por isso não pode ser comunicada ao analista na análise do paciente. Como disse alhures (capítulo 9), o analista tem que recompor o material do paciente, usando sua imaginação para assim fazê-lo.

Resumo

Pelo meu ponto de vista, de início verificamos a concentração de fenômenos ambientais dos quais se cristaliza uma pessoa, a mãe, e é da mãe que o lactente começa a surgir de início como uma unidade anatômica e fisiológica, e então gradualmente, por volta da data do nascimento, se torna uma pessoa masculina ou feminina. O membro infantil do "par materno-infantil" se desenvolve no sentido de sua individualidade *desde que o ambiente não falhe em suas várias funções essenciais,* funções que mudam em sua ênfase e se desenvolvem em suas qualidades à medida que o crescimento do indivíduo prossegue.

Nas condições mais favoráveis, onde a continuidade é preservada externamente e o ambiente favorável possibilita ao processo maturativo agir, o novo indivíduo realmente começa e eventualmente vem a se sentir real, e a experimentar vida apropriada à sua idade emocional. Esse indivíduo pode ser descrito e classificado, as defesas podem ser classificadas, e o valor ou falta de valor na personalidade pode ser observado. Em tais casos podemos nos defrontar com defesas depressivas ou neuróticas ou com anormalidades. Se quisermos poderemos tentar agrupar os indivíduos de acordo com o tipo, e de acordo com os modos pelos quais os elementos hereditários se unem nos indivíduos relativamente aos ambientes específicos. E (na maturidade) continuamos a observar a capacidade do indivíduo de participar na criação e manutenção do ambiente local. Tudo isso presume um início suficientemente bom, com o *self* atuante protegido pelo falso *self* que não é mais do que um hábito social.

A alternativa é a doença psicótica, com a organização de defesas primitivas. Aqui a doença é etiologicamente secundária à falha ambiental, embora se revele clinicamente como uma distorção mais ou menos permanente na estrutura da personalidade do indivíduo. Entre esses dois há a tendência anti-social, em que o indivíduo falha no estágio posterior, estágio de relativa dependência, estágio em que a criança tem a capacidade de perceber o fato de uma privação real.

Em nosso trabalho terapêutica decidimos estudar e isolar a distorção que ocorre na estrutura da personalidade. Nossa necessidade imediata, contudo, é de uma classificação e de uma reavaliação do fator ambiental no modo em que isso afeta em um sentido positivo ou negativo o desenvolvimento maturativo e a integração do *self*

Pós-escrito de 1964:

Uma nota sobre colapso nervoso

Alguns pacientes têm medo de colapso nervoso. É importante para o analista ter em mente o seguinte axioma:

Axioma

O colapso que é temido já aconteceu. O que é reconhecido como a doença do paciente é um sistema de defesas organizadas contra esse colapso já ocorrido.

Colapso significa a falência das defesas, e o colapso original terminou quando novas defesas foram organizadas, as quais constituem o padrão de doença do paciente. O paciente só pode lembrar o colapso em circunstâncias especiais da situação terapêutica, e por causa do crescimento do ego.

O medo que o paciente tem ao colapso tem suas origens na necessidade do paciente de lembrar o colapso original. A recordação só pode vir à tona através do reviver. Daí o uso positivo que se pode fazer do colapso se seu lugar na tendência do paciente à autocura pode ser reconhecido e usado na prática.

O colapso original ocorreu em um estágio de dependência do indivíduo no ego auxiliar materno ou dos pais. Por essa razão o trabalho é muitas vezes realizado na terapêutica em uma versão posterior do colapso – digamos o colapso no período de latência, ou mesmo no início da adolescência; esta última versão ocorreu quando o paciente já tinha desenvolvido autonomia do ego e uma capacidade para ser uma pessoa tendo uma doença. Por trás de tal colapso há sempre, contudo, a falência das defesas que fazem parte da infância do indivíduo.

Muitas vezes, o fator ambiental não é um trauma isolado mas um padrão de influências que distorcem; o oposto, de fato, do ambiente favorável que permite a maturação do indivíduo.

Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro "*self*" (1960) 12

Um desenvolvimento recente em psicanálise tem sido o uso crescente do conceito de falso *self*. Esse conceito traz consigo a idéia de um *self* verdadeiro.

História

Esse conceito em si não é novo. Aparece de várias formas em psiquiatria descritiva e especialmente em certos sistemas religiosos e filosóficos. Por certo existe um estado clínico real que merece estudo, e o conceito se apresenta à psicanálise como um desafio quanto à etiologia. A psicanálise se interessa pelas perguntas:

1 – Como aparece o falso *self*?
2 – Qual é sua função?
3 – Por que o falso *self* é exagerado ou enfatizado em alguns casos?
4 – Por que algumas pessoas não desenvolvem o sistema do falso *self*?
5 – Quais são os equivalentes do falso *self* nas pessoas normais?
6 – Que é que existe que poderia ser denominado de *self* verdadeiro?

A mim pareceria que a idéia de um falso *self*, que é uma idéia que os pacientes nos dão, pode ser discernida nas formulações iniciais de Freud. Particularmente, relaciono o que divido em *self* verdadeiro e falso com a divisão de Freud do *self* em uma parte que é central e controlada pelos instintos (ou pelo que Freud chamou sexualidade, pré-genital e genital), e a parte orientada para o exterior e relacionada com o mundo.

Contribuição pessoal

Minha contribuição para este tema se deriva de meu trabalho ao mesmo tempo

a) como pediatra, com mães e lactentes e

b) como psicanalista cuja clínica inclui uma série pequena de casos *borderline* tratados com análise, mas necessitando experimentar, na transferência, uma fase (ou fases) de regressão severa à dependência.

A experiência me levou a verificar que pacientes dependentes ou em regressão profunda podem ensinar o analista mais sobre o início da infância do que se pode aprender da observação direta dos lactentes, e mais do que se pode aprender do contato com as mães que estão envolvidas com os mesmos. Ao mesmo tempo, o contato clínico tanto com experiências normais como anormais do relacionamento mãe-lactente influencia a teoria analítica do analista, uma vez que o que ocorre na transferência (nas fases de regressão de alguns desses pacientes) é uma forma de relacionamento mãe-lactente.

Gostaria de comparar minha posição com a de Greenacre, que também se manteve em contato com a pediatria enquanto engajada na prática da psicanálise. Também com ela parece claro que uma dessas duas experiências a influenciou na avaliação da outra experiência.

A experiência clínica em psiquiatria de adultos pode ter o efeito, para um psicanalista, de colocar um hiato entre a avaliação do estado clínico e sua compreensão da etiologia. O hiato resulta da impossibilidade de obter uma história confiável do início da infância, tanto do paciente psicótico como da mãe, ou de observadores mais neutros emocionalmente. Pacientes analíticos que regridem a uma dependência severa na transferência preenchem este hiato ao revelar suas expectativas e necessidades nas fases de dependência.

Necessidades do ego e necessidades do id

Deve-se ressaltar que ao me referir a satisfazer as necessidades do lactente não estou me referindo à satisfação de instintos. Na área que estou examinando os instintos não estão ainda claramente definidos como internos ao lactente. Os instintos podem ser tão externos como o troar de um trovão ou uma pancada. O ego do lactente está criando força e, como conseqüência, está a caminho de um estado em que as exigências do id serão sentidas como parte do *self,* não como ambientais. Quando esse desenvolvimento ocorre, a satisfação do id se torna um importante fortificante do ego, ou do *self* verdadeiro, mas as excitações do id podem ser traumáticas quando o ego ainda não é capaz de incorporá-las, e ainda é incapaz de sustentar os riscos envolvidos e as frustrações experimentadas até o ponto em que a satisfação do id se torne um fato.

Um paciente me relatou: "Bom manejo" (cuidado do ego) "como experimentei durante esta hora é uma refeição" (satisfação do id). Ele não poderia ter se expressado de outro modo, pois se eu o tivesse alimentado ele teria se submetido a isso, o que teria se ajustado à sua defesa do falso *self*, ou então teria reagido e rejeitado meu avanço, mantendo sua integridade ao escolher a frustração.

Outras influências foram importantes para mim, quando por exemplo fui requisitado periodicamente para observações sobre um paciente que está agora sob tratamento psiquiátrico como adulto e que eu mesmo observei como lactente e como criança pequena. Muitas vezes, de minhas observações pude ver que o estado psiquiátrico que agora existe já estava discernível no relacionamento mãe-lactente. (Deixo relacionamento mãe-lactente neste contexto porque estou me referindo a fenômenos precoces, àqueles relativos ao relacionamento do lactente com a mãe, ou com o pai como se fosse outra mãe. O pai neste estágio tão precoce ainda não se tornou significativo como uma pessoa do sexo masculino.)

Exemplo

O melhor exemplo que posso dar é o de uma mulher de meia-idade que tinha um falso *self* muito bem sucedido, mas que por toda a vida tinha a sensação de não ter começado a existir e que tinha estado sempre procurando um jeito de chegar ao seu *self* verdadeiro. Ela ainda está em análise, que se prolonga por muitos anos. Na primeira fase desta análise especial (que durou dois ou três anos), achei que estava me defrontando com o que a paciente denominava de seu "*self* ama-seca". Este "*self* ama-seca":

1 – descobriu a psicanálise;

2 – veio e avaliou a análise, como uma espécie de teste elaborado da confiabilidade do analista;

3 – trouxe a paciente à análise;

4 – gradualmente, após três anos ou mais, delegou sua função ao analista (esta foi a fase de maior profundidade da regressão, com algumas semanas de um alto grau de dependência do analista);

5 – ficou por perto, retomando o cuidado de ama-seca nas ocasiões em que faltou o analista (doenças do analista, suas férias, etc.);

6 – seu destino final será discutido depois.

Da evolução deste caso me foi fácil verificar a natureza defensiva do falso *self*. Sua função defensiva é a de ocultar e proteger o *self* verdadeiro, o que quer que este possa ser. De imediato se torna possível classificar as organizações do falso *self*:

1 – Em um extremo: o falso *self* se implanta como real e é isso que os observadores tendem a pensar que é a pessoa real. Nos relacionamentos de convivência, de trabalho e amizade, contudo, o falso *self* começa a falhar. Em situações em que o que se espera é uma pessoa integral, o falso *self* tem algumas carências essenciais. Neste extremo o *self* verdadeiro permanece oculto.

2 – Menos extremo: o falso *self* defende o *self* verdadeiro; o *self* verdadeiro, contudo, é percebido como potencial e é permitido a ele ter uma vida secreta. Aqui se tem o mais claro exemplo de doença clínica como uma organização com uma finalidade positiva, a preservação do indivíduo a despeito de condições ambientais anormais. Esta é uma extensão do conceito psicanalítico do valor dos sintomas para a pessoa doente.

3 – Mais para o lado da normalidade: o falso *self* tem como interesse principal a procura de condições que tornem possível ao *self* verdadeiro emergir. Se essas condições não podem ser encontradas, então novas defesas têm de ser reorganizadas contra a expoliação do *self* verdadeiro, e se houver dúvida o resultado clínico pode ser o suicídio. Suicídio neste contexto é a destruição do *self* total para evitar o aniquilamento do *self* verdadeiro. Quando o suicídio é a única defesa que resta contra a traição do *self* verdadeiro, então se torna tarefa do falso *self* organizar o suicídio. Isto, naturalmente, envolve sua própria destruição, mas ao mesmo tempo elimina a necessidade de sua existência ser prorrogada, já que sua função é a proteção do *self* verdadeiro contra insultos.

4 – Ainda mais para o lado da normalidade: o falso *self* é construído sobre identificações (como no exemplo da paciente mencionada, cujo ambiente de sua meninice e sua ama-seca real lhe deu muito do colorido da organização de seu falso *self*).

5 – Na normalidade: o falso *self* é representado pela organização integral da atitude social polida e amável, um "não usar o coração na manga", como se poderia dizer. Muito passou para a capacidade do indivíduo de renunciar à onipotência e ao processo primário em geral, o ganho se constituindo o lugar na sociedade que nunca pôde ser atingido ou mantido com o *self* verdadeiro isoladamente.

Até agora me mantive nos limites da descrição clínica. Mesmo nesta limitada área é importante o reconhecimento do falso *self*. Por exemplo, é importante que pessoas que são essencialmente falsas personalidades não sejam encaminhadas a estudantes de psicanálise para análise em situação de treinamento. O diagnóstico de falsa personalidade aqui é mais importante do que o diagnóstico do paciente de acordo com as classificações psiquiátricas vigentes. Também para assistentes sociais, onde todos os tipos de caso precisam ser aceitos e mantidos em tratamento, o diagnóstico de falsa personalidade é importante para evitar a frustração extrema associada ao fracasso terapêutico a despeito da assistência social (psiquiátrica) aparentemente adequada, baseada em princípios analíticos. É especialmente importante este diagnóstico na *seleção* de estudantes para treinamento em psicanálise ou assistência social psiquiátrica, isto é, na seleção de estudantes de todos os tipos. O organizado falso *self* é associado a uma rigidez de defesas que impede o crescimento durante o período de estudante.

A mente e o falso *self*

Um risco particular se origina da não rara ligação entre abordagem intelectual e o falso *self.* Quando um falso *self* se torna organizado em um indivíduo que tem um grande potencial intelectual, há uma forte tendência para a mente se tornar o lugar do falso *self*, e neste caso se desenvolve uma dissociação entre a atividade intelectual e a existência psicossomática. (No indivíduo sadio, presume-se, a mente não é para o indivíduo algo para ser usado para escapar de ser psicossomático. Desenvolvi este tema com certa extensão em "Mind and its Relation to the Psyche-Soma," 1949c.)

Quando ocorre esta dupla anormalidade, (1) o falso *self* organizado para ocultar o *self* verdadeiro, e (2) uma tentativa por parte do indivíduo para resolver o problema pessoal pelo uso de um intelecto apurado, resulta um quadro clínico peculiar, que muito facilmente engana. O mundo pode observar êxito acadêmico de alto grau, e pode achar difícil acreditar no distúrbio do indivíduo em questão, que quanto mais é bem sucedido, mais se sente falso. Quando tais indivíduos se destroem de um jeito ou de outro, ao invés de se tornarem o que prometiam ser, isto invariavelmente produz uma sensação chocante naqueles que tinham depositado grandes esperanças no indivíduo.

Etiologia

O modo principal como estes conceitos se tornam de interesse para a psicanálise vem do estudo da maneira como o falso *self* se desenvolve de início, no relacionamento mãe-lactente, e (ainda mais importante) da maneira como o falso *self* não se torna um aspecto significativo no desenvolvimento normal.

A teoria relativa a este importante estágio no desenvolvimento ontogênico pertence à observação da convivência do lactente-com-a-mãe (regredida à paciente-com-o-analista), e não à teoria dos mecanismos precoces de defesa organizados contra impulsos do id, embora, naturalmente, os dois temas se superponham.

Para se conseguir uma exposição do processo de desenvolvimento pertinente, é essencial considerar-se o comportamento da mãe, bem como sua atitude, porque neste campo a dependência é real e quase absoluta. *Não é possível se afirmar o que se passa considerando só o lactente.*

Ao pesquisar a etiologia do falso *self*, estamos examinando o estágio das primeiras relações objetais. Nesse estágio, o lactente está não-integrado na maior parte do tempo, e nunca completamente integrado; a coesão dos vários elementos sensório-motores resulta do fato de que a mãe envolve o lactente, às vezes fisicamente, e de modo contínuo simbolicamente. Periodicamente um gesto do lactente expressa um impulso espontâneo; a fonte do gesto é o *self* verdadeiro, e esse gesto indica a existência de um *self* verdadeiro em potencial. Precisamos examinar o modo como a mãe responde a esta onipotência infantil revelada em um gesto (ou associação sensório-motora). Ligo aqui a idéia de um *self* verdadeiro com a do gesto espontâneo. A fusão de elementos motores e eróticos está no processo de se tornar um fato neste período de desenvolvimento do indivíduo.

A participação da mãe

É necessário examinar o papel representado pela mãe, e ao fazê-lo acho conveniente comparar dois extremos; em um extremo está a *mãe suficientemente* boa e no outro está a que é uma *mãe não suficientemente* boa. A pergunta que ocorre é: que se quer dizer com a expressão "suficientemente boa"?

A mãe suficientemente boa alimenta a onipotência do lactente e até certo ponto vê sentido nisso. E o faz repetidamente. Um *self* verdadeiro começa a ter vida, através da força dada ao fraco ego do lactente pela complementação pela mãe das expressões de onipotência do lactente.

A mãe que não é suficientemente boa não é capaz de complementar a onipotência do lactente, e assim falha repetidamente em satisfazer o gesto do lactente; ao invés, ela o substitui por seu próprio gesto, que deve ser validado pela submissão do lactente. Essa submissão por parte do lactente é o estágio inicial do falso *self*, e resulta da inabilidade da mãe de sentir as necessidades do lactente.

É uma parte essencial de minha teoria que o *self* verdadeiro não se torna uma realidade viva exceto como resultado do êxito repetido da mãe em responder ao gesto espontâneo ou alucinação sensorial do lactente. (Esta idéia está intimamente ligada à de Sechehaye contida na expressão "realização simbólica". Esta expressão tem tido uma participação importante na teoria psicanalítica moderna, mas não é suficientemente acurada, uma vez que é o *gesto ou alucinação* do lactente que se torna real, sendo a capacidade do lactente de *usar símbolos* o resultado.)

Existem então duas linhas possíveis de desenvolvimento na seqüência dos acontecimentos de acordo com minha formulação. *No primeiro caso*, a adaptação da mãe é *suficientemente boa* e como conseqüência o lactente começa a acreditar na realidade externa que surge e se comporta como por mágica (por causa da adaptação relativamente bem-sucedida da mãe aos gestos e necessidades do lactente); a mãe age de modo a não colidir com a onipotência do lactente. Deste modo o lactente começa gradualmente a renunciar à onipotência. O *self* verdadeiro tem espontaneidade, e isto coincide com os acontecimentos do mundo. O lactente pode agora gozar a *ilusão* do onipotente criando e controlando, e pode então gradativamente vir a reconhecer o elemento ilusório, o fato de brincar e imaginar. Isto é a base do símbolo que de início é, *ao mesmo tempo,* espontaneidade e alucinação, *e também*, o objeto externo criado e finalmente catexizado.

Entre o lactente e o objeto existe algo, ou alguma atividade ou sensação. À medida que isto une o lactente ao objeto (como o objeto parcial materno), se torna a base da formação de símbolos. Por outro lado, à medida que há algo separando ao invés de unir, sua função de levar à formação de símbolos fica bloqueada.

No segundo caso, que concerne mais particularmente ao tema em discussão, a adaptação da mãe às alucinações e impulsos espontâneos do lactente é deficiente, *não suficientemente boa*. O processo que leva à capacidade de usar símbolos não se inicia (ou então se torna fragmentado, com um recuo por parte do lactente dos ganhos já atingidos).

Quando a adaptação da mãe não é suficientemente boa de início, se pode esperar que o lactente morra fisicamente, porque a catexia dos objetos externos não é iniciada. O lactente permanece isolado. Mas na prática o lactente sobrevive, mas sobrevive falsamente. O protesto contra ser forçado a uma falsa existência pode ser discernido desde os estágios iniciais. O quadro clínico é o de irritabilidade generalizada, e de distúrbios da alimentação e outras funções que podem, contudo, desaparecer clinicamente, mas apenas para aparecer de forma severa em estágio posterior.

Nesta segunda fase, em que a mãe não pode se adaptar suficientemente bem, o lactente é seduzido à submissão, e um falso *self* submisso reage às exigências do meio e o lactente parece aceitá-las. Através deste falso *self* o lactente constrói um conjunto de relacionamentos falsos, e por meio de introjeções pode chegar até uma aparência de ser real, de modo que a criança pode crescer se tornando exatamente como a mãe, ama-seca, tia, irmão ou quem quer que no momento domine o cenário. O falso *self* tem uma função positiva muito importante: ocultar o *self* verdadeiro, o que faz pela submissão às exigências do ambiente.

Nos exemplos extremos do desenvolvimento do falso *self*, o *self* verdadeiro fica tão bem oculto que a espontaneidade não é um aspecto das experiências vividas pelo lactente. O aspecto submissão se torna o principal, com imitação como uma especialidade. Quando o grau de *splitting* na personalidade do lactente não é tão grande, pode haver alguma vida quase pessoal através da imitação, e pode ser até possível para a criança representar um papel especial, o do *self* verdadeiro *como seria se tivesse existência*.

Deste modo é possível traçar o ponto de origem do falso *self*, que pode então ser visto como uma defesa, a defesa contra o que seria inimaginável, a exploração do *self* verdadeiro, que resultaria em seu aniquilamento. (Se o *self* verdadeiro chega a ser explorado e aniquilado, isto é parte da vida de um lactente cuja mãe foi não apenas "não suficientemente boa", no sentido mencionado acima, mas foi boa e má de uma maneira torturantemente irregular. A mãe aqui tem como parte de sua doença uma necessidade de causar e manter uma confusão naqueles que estão em contato com ela. Isto pode aparecer em uma situação de transferência, em que o paciente tenta irritar o analista (Bion, 1959; Searles, 1959). Pode haver um grau destas circunstâncias que pode destruir os últimos vestígios da capacidade do lactente de defender o *self* verdadeiro.

Tentei desenvolver o tema da participação da mãe em meu estudo sobre "Primary Maternal Preoccupation" (1956a). A suposição feita por mim nesse estudo é de que, na normalidade, a mãe que fica grávida gradativamente atinge um alto grau de identificação com seu bebê. Isto se desenvolve durante a gravidez, tem seu pico no período perinatal e diminui gradativamente nas semanas e meses após o parto. Este fato normal que ocorre às mães tem implicações tanto hipocondríacas como narcisistas secundárias. Esta orientação especial da parte da mãe para com seu lactente não depende apenas de sua própria saúde mental mas é afetada também pelo ambiente. No caso mais simples o homem, apoiado pela atitude social que é, em si, um desenvolvimento da função natural do mesmo, lida com a realidade externa para a mulher, de modo a tornar seguro e razoável para ela se tornar temporariamente introvertida, egocêntrica. Um diagrama disto se parece ao diagrama de uma pessoa ou família doente de paranóia. (Deve-se lembrar aqui Freud [1920] descrevendo a vesícula viva com sua camada cortical receptiva. . .)

Não cabe aqui o desenvolvimento deste tema, mas é importante que a função da mãe seja compreendida. Essa função de modo algum é um desenvolvimento recente, pertencente à civilização, sofisticação ou compreensão intelectual. Não se pode aceitar nenhuma teoria que não concorde com o fato de que as mães sempre desempenharam esta tarefa essencial suficientemente bem. Essa função materna essencial possibilita à mãe pressentir as expectativas e necessidades mais precoces de seu bebê, e a torna pessoalmente satisfeita sentir o lactente à vontade. É por causa desta identificação com o bebê que ela sabe como protegê-lo, de modo que ele comece por existir e não por reagir. Aí se situa a origem do *self* verdadeiro que não pode se tornar uma realidade sem o relacionamento especializado da mãe, o qual poderia ser descrito com uma palavra comum: devoção.

O *self* verdadeiro

O conceito de um falso *self* tem de ser contrabalançado por uma formulação do que poderia, com propriedade, ser denominado *self* verdadeiro. No estágio inicial o *self* verdadeiro é a posição teórica de onde vem o gesto espontâneo e a idéia pessoal. O gesto espontâneo é o *self* verdadeiro em ação. Somente o *self* verdadeiro pode ser criativo e se sentir real. Enquanto o *self* verdadeiro é sentido como real, a existência do falso *self* resulta em uma sensação de irrealidade e em um sentimento de futilidade.

O falso *self*, se bem sucedido em sua função, oculta o *self* verdadeiro ou então descobre um jeito de possibilitar ao *self* verdadeiro começar a existir. Tal resultado pode ser atingido de várias maneiras, mas observamos mais de perto aquelas circunstâncias em que a sensação das coisas serem reais ou equivalentes a isso aparece durante o tratamento. O paciente a cujo caso me referi chegou, próximo do final de uma longa análise, *ao início de sua vida*. Não carrega nenhuma experiência verdadeira, não tem passado. Começa com cinqüenta anos de vida desperdiçada, mas ao final se sente real, e por isso agora quer viver.

O *self* 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. Não há sentido na formulação da idéia do *self* verdadeiro, exceto com o propósito de tentar compreender o falso *self*, porque ele não faz mais do que reunir os pormenores da experiência de viver.

Gradativamente o grau de sofisticação do lactente se torna tal que é mais certo se dizer que o falso *self* oculta a realidade interna do lactente do que se dizer que ele oculta o *self* verdadeiro. Por esta época o lactente estabeleceu sua membrana limitante, tem um interior e um exterior, e se tornou, em grau considerável, livre das malhas do cuidado materno.

É importante ressaltar que, de acordo com a teoria aqui formulada, o conceito de uma realidade individual interna de objetos se aplica ao estágio posterior àquele que vem sendo denominado de *self* verdadeiro. O *self* verdadeiro aparece logo que há qualquer organização mental que seja do indivíduo e isso quer dizer pouco mais do que o somatório do viver sensório-motor.

O *self* verdadeiro rapidamente desenvolve complexidade, e se relaciona com a realidade externa por processos naturais, como os que se desenvolvem no indivíduo lactente com o passar do tempo. O lactente então se torna capaz de reagir a estímulos sem traumatismo, porque o estímulo tem uma contrapartida na realidade interna, psíquica, do indivíduo. O lactente então encara todos os estímulos como projeções, mas este é um estágio que não é necessariamente atingido, ou que é apenas parcialmente atingido, ou que é atingido e perdido. Tendo este estágio sido atingido, o lactente se torna então capaz de manter o sentimento de onipotência, mesmo quando reagindo a fatores ambientais que o observador pode discernir como verdadeiramente externos ao lactente. Tudo isso precede de anos a capacidade da criança de conceber, no raciocínio intelectual, a operação de acaso puro.

Cada novo período de vida em que o *self* verdadeiro não foi seriamente interrompido resulta no fortalecimento do sentimento de ser real, e com isso vem uma capacidade crescente do lactente de tolerar dois tipos de fenômenos. Estes são:

1 – Soluções de continuidade na vivência do *self* verdadeiro. (Aqui se pode ver um modo como o processo do nascimento pode ser traumático, como, por exemplo, quando há demora sem inconsciência.)

2 – Experiências do falso *self* ou reativo, relacionadas com o ambiente na base da submissão. Isto se torna a parte do lactente que pode ser (antes do primeiro aniversário) ensinada a dizer "Ta", ou, dito de outro modo, ensinada a reconhecer a existência de um ambiente que está se tornando aceito intelectualmente. Podem se seguir ou não sentimentos de gratidão.

O equivalente normal do falso *self*

Deste modo, pelos processos naturais, o lactente desenvolve uma organização do ego que é adaptada ao ambiente; mas isto não ocorre automaticamente e na verdade só pode ocorrer se antes o *self* verdadeiro (como eu o chamo) se tornou uma realidade viva, por causa da adaptação suficientemente boa da mãe às necessidades vividas pelo lactente. Há um aspecto submisso do *self* verdadeiro no viver normal, uma habilidade do lactente de se submeter e de não se expor. A habilidade de conciliação é uma conquista. O equivalente ao *self* verdadeiro no desenvolvimento normal é aquele que se pode desenvolver na criança no sentido das boas maneiras sociais, algo que é adaptável. Na normalidade essas boas maneiras sociais representam uma conciliação. Ao mesmo tempo, na normalidade, a conciliação deixa de ser aceitável quando as questões se tornam cruciais. Quando isso acontece o *self* verdadeiro é capaz de se sobrepor ao *self* conciliador. Clinicamente isto constitui um problema recorrente da adolescência.

Graus de falso *self*

Se a descrição destes dois extremos e sua etiologia é aceita, não nos é difícil achar lugar em nosso trabalho clínico para a possibilidade de um alto ou de um baixo grau de falso *self* como defesa, desde o aspecto polido normal do *self* ao marcadamente clivado falso e submisso *self*, que é confundido com a criança inteira. Pode-se ver facilmente que muitas vezes esta defesa do falso *self* pode ser a base de um tipo de sublimação, quando a criança cresce para se tornar um ator. Com relação a atores, há aqueles que podem ser eles mesmos e também representar, enquanto há outros que só podem representar, e que ficam completamente perdidos quando não exercem um papel, não sendo por isso apreciados e aplaudidos (reconhecidos como existentes).

No indivíduo normal, que tem aspecto de ser submisso ao *self*, mas que existe e que é um ser espontâneo e criativo, existe ao mesmo tempo a capacidade para o uso de símbolos. Dito de outro modo, normalidade aqui está intimamente ligada à capacidade do indivíduo de viver em uma área que é intermediária entre o sonho e a realidade, aquela que é chamada de vida cultural (veja "Transitional Objects and Transitional Phenomena", 1951). Como contraste, onde há um alto grau de *splitting* entre o *self* verdadeiro e o falso *self* que oculta o *self* verdadeiro verifica-se pouca capacidade para o uso de símbolos, e uma pobreza de vida cultural. Ao invés de objetivos culturais, observam-se em tais pessoas extrema inquietação, uma incapacidade de se concentrar e uma necessidade de colecionar ilusões da realidade externa, de modo que a vida toda do indivíduo pode ficar cheia de reações a essas ilusões.

Aplicação clínica

Já se fez referência à importância da identificação da personalidade com falso *self* quando se está fazendo um diagnóstico com o propósito de avaliação de um caso para tratamento, ou avaliação de um candidato para trabalho psiquiátrico ou de assistência social psiquiátrica.

Conseqüências para o psicanalista

Se for demonstrado que estas considerações são válidas, então o psicanalista treinado deve ser influenciado das seguintes maneiras:

a) Na análise de uma falsa personalidade precisa-se reconhecer o fato de que o analista só pode falar ao falso *self* do paciente sobre seu *self* verdadeiro. É como se uma enfermeira trouxesse uma criança e de início o analista discutisse o problema da criança sem manter contato direto com a criança. A análise não começa até que a enfermeira deixe a criança com o analista e a criança se torne capaz de ficar só com ele e comece a brincar.

b) No ponto de transição, quando o analista começa a entrar em contato com o *self* verdadeiro do paciente, deve haver um período de extrema dependência. Isso muitas vezes não é percebido na prática analítica. O paciente tem uma doença, ou de algum outro modo dá ao analista a oportunidade de personificar o falso *self* (ama-seca), mas o analista neste ponto falha em verificar o que está ocorrendo; em conseqüência são outros que tomam conta do paciente e dos quais o paciente se torna dependente em um período de regressão disfarçada à dependência, e a oportunidade é desperdiçada.

c) Analistas que não estão preparados para satisfazer as grandes necessidades dos pacientes que se tornam dependentes deste modo devem ter cuidado ao escolher os seus casos de modo a não incluir entre eles tipos com falso *self*.

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. Ele me observou que em todos aqueles anos todo o bom trabalho realizado com ele tinha sido inútil, porque tinha sido feito sob a premissa de que ele existia, quando ele apenas existia falsamente. Quando eu disse que reconhecia sua não-existência, ele sentiu que tinha se comunicado pela primeira vez. O que ele quis dizer foi que seu *self* verdadeiro, que tinha estado oculto desde a infância, tinha agora estabelecido comunicação com seu analista da única maneira que não era perigosa. Isto é típico do modo como este conceito afeta o trabalho psicanalítico.

Fiz referência a alguns outros aspectos deste problema clínico. Por exemplo, em "Withdrawal and Regression" (1954a), tracei no tratamento de um homem a evolução na transferência de meu contato com (sua versão de) um falso *self*, através de meu primeiro contato com seu *self* verdadeiro, a uma análise do tipo direto. Neste caso o recuo teve de ser convertido em regressão, como foi descrito naquele estudo.

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 continuadamente 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".

Baseado nisso pode-se dizer que o falso *self* (como as projeções múltiplas em estágios posteriores do desenvolvimento) ilude o analista se este falha em verificar que, encarado como uma pessoa atuante integral, o falso *self*, não importa quão bem se posicione, carece de algo, e este algo é o elemento central essencial da originalidade criativa.

Muitos outros aspectos da aplicação deste conceito serão descritos com o tempo e pode ser que em alguns aspectos o conceito em si tenha de ser modificado. Meu objetivo ao expor esta parte de meu trabalho (que se relaciona com o trabalho de outros analistas) é manter o ponto de vista de que este conceito moderno de falso *self* ocultando o *self* verdadeiro, *juntamente com a teoria de sua etiologia*, é capaz de ter um efeito importante no trabalho psicanalítico. Tanto quanto posso discernir, isso não implica nenhuma mudança importante na teoria básica da psicanálise.

Cordão: uma técnica de comunicação[1] (1960) 13

Um menino de sete anos foi trazido ao Departamento de Psicologia do Hospital para Crianças Paddington Green pelos seus pais em março de 1955. Outros dois membros da família também vieram: uma menina deficiente mental de dez anos de idade, freqüentando uma escola especial, e outra normal, de quatro anos de idade. O caso foi encaminhado pelo médico da família por causa de uma série de sintomas indicando um distúrbio de caráter no menino. Para as finalidades desta descrição todos os detalhes que não são diretamente relevantes para o tema principal serão omitidos. Um teste de inteligência aplicado ao menino revelou um Q.I. de 108.

Inicialmente, vi os pais em uma longa entrevista em que me deram um quadro nítido do desenvolvimento do menino e das distorções de seu desenvolvimento. Omitiram um detalhe importante, contudo, que emergiu na entrevista com o menino.

Não era difícil de se verificar que a mãe era uma pessoa depressiva e ela relatou ter sido hospitalizada por causa dessa depressão. Pelo relato dos pais pude notar que a mãe cuidou do menino até o nascimento da irmã, quando ele tinha três anos e três meses. Esta foi a primeira separação de importância. A seguinte foi aos três anos e onze meses, quando a mãe se submeteu a uma operação. Quando o menino tinha quatro anos e nove meses a mãe foi internada em um hospital psiquiátrico por dois meses, e durante esse tempo ele foi cuidado pela irmã da mãe. Por esta época todos que cuidavam deste menino concordavam em que ele era difícil, embora revelando boas inclinações. Estava sujeito a mudar subitamente de humor e assustar as pessoas, dizendo, por exemplo, que ia cortar em pedacinhos a irmã de sua mãe. Desenvolveu diversos sintomas curiosos, como o de lamber pessoas e coisas; fazia ruídos compulsivos com a garganta; às vezes se recusava a evacuar e depois fazia uma porcaria. Estava obviamente apreensivo com relação à deficiência mental de sua irmã mais velha, mas a distorção de seu desenvolvimento parece ter se iniciado antes deste fator se tornar significativo.

1 – Publicado pela primeira vez no *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, I, p.49-52.

Após a entrevista com os pais, vi o menino em entrevista pessoal. Estavam presentes duas assistentes sociais psiquiátricas e dois visitantes. O menino não deu impressão de anormal e logo se ocupou comigo em um jogo de rabiscos (neste jogo faço certo tipo de desenho linear impulsivo e convido a criança, que estou entrevistando, a transformá-lo em alguma coisa e então ela faz um rabisco para eu transformar em algo por minha vez).

O jogo de rabiscos neste caso particular levou a um resultado curioso. A preguiça do menino logo se tornou evidente e também que quase tudo que eu fazia era transformado por ele em algo associado a cordão. Entre seus dez desenhos apareceram os seguintes:

um laço, um chicote, um relho,
um cordão de ioiô,
um cordão com um nó,
outro relho,
outro chicote.

Depois desta entrevista com o menino tive uma segunda com os pais e lhes perguntei sobre a preocupação dele com cordões. Responderam-me que se alegravam que eu tivesse levantado esta questão, mas que não a tinham mencionado por não estarem certos de seu significado. Disseram que o menino ficara obcecado com tudo que se relacionasse com cordão e que sempre que entravam em uma sala podiam constatar que ele tinha unido mesas e cadeiras; e poderiam achar uma almofada, por exemplo, com um cordão ligando-a à lareira. Disseram que a preocupação do menino com cordões se desenvolvera gradativamente como uma nova feição sua, que os tinha preocupado ao invés de os interessar. Que ele tinha recentemente atado um cordão ao pescoço de sua irmã (aquela cujo parto provocou a primeira separação dele com a mãe).

Neste tipo particular de entrevista eu sabia que tinha oportunidades limitadas de agir: não seria possível rever os pais ou o menino com freqüência maior do que uma vez cada seis meses, uma vez que a família vivia no campo. Assim, agi do seguinte modo: expliquei à mãe que este menino estava enfrentando um receio de separação, tentando negar a separação pelo emprego do cordão, como se poderia negar a separação de um amigo pelo uso do telefone. Ela ficou cética, mas eu lhe disse que se viesse a ver algum sentido no que lhe dizia, gostaria que ventilasse o assunto com o menino em alguma ocasião apropriada, fazendo-o saber o que eu tinha dito e então desenvolvendo o tema da separação de acordo com a resposta do menino.

Não soube nada dessa gente até que vieram me ver seis meses mais tarde. A mãe não me relatou o que tinha feito, mas lhe perguntei e pôde me contar o que aconteceu logo após a visita anterior. Ela achou que o que eu tinha dito era tolice, mas

uma noite ventilou o tema com o menino e o achou ansioso para falar sobre sua relação com ela e seu medo de perda de contato com ela. Ela revisou todas as separações que podia imaginar com a ajuda dele e logo ficou convencida de que o que eu tinha dito estava certo, por causa das respostas do menino. Além disso, a partir do momento em que teve esta conversa com ele o brinquedo com os cordões cessou. Não houve mais a união de objetos do modo anterior. Ela teve muitas outras conversas com o menino sobre seu sentimento de separação dela e ela fez o comentário muito importante de ter sentido que a separação mais importante foi a perda dela quando estava seriamente deprimida: não foi apenas o ir embora, disse ela, mas sua falta de contato com ele por causa de sua preocupação total com outros assuntos.

Em uma entrevista posterior, a mãe me contou que um ano depois da primeira conversa com o menino houve um retorno do brinquedo com cordões e de unir os objetos na casa. Na verdade, ela se aprontava para ir para o hospital para uma operação, tendo dito a ele: "Posso ver pelo seu brinquedo com o cordão que está preocupado por me ver partir, mas desta vez estarei fora apenas por poucos dias e vou fazer uma operação que não é séria". Depois desta conversa, a nova fase de brincar com o cordão cessou.

Mantive-me em contato com esta família e auxiliei em vários detalhes a escolaridade do menino e outros assuntos. Quatro anos depois da entrevista original, o pai relatou uma nova fase de preocupação com cordão, associada a uma depressão recente da mãe. Essa fase durou dois meses e desapareceu quando a família viajou de férias e quando ao mesmo tempo houve uma melhora da situação no lar (tendo o pai encontrado trabalho após um período de desemprego). Associada a isto ocorreu uma melhora no estado da mãe. O pai forneceu mais um interessante detalhe relevante para o tema em discussão. Durante esta recente fase o menino tinha feito algo com uma corda que o pai achou significativo, porque demonstrou como todos estes fatos estavam intimamente ligados com a ansiedade mórbida da mãe. Ele chegou um dia em casa e encontrou o menino pendurado da corda, de cabeça para baixo. Ele estava flácido e se saindo muito bem na interpretação do papel de morto. O pai compreendeu que não devia dar atenção e ficou pelo jardim ocupando-se de alguma coisa por cerca de meia hora, após o que o garoto se entediou e acabou com o jogo. Este foi um grande teste para a falta de ansiedade do pai. No dia seguinte, contudo, o menino fez o mesmo de uma árvore que podia facilmente ser vista da janela da cozinha. A mãe acorreu tremendamente chocada e certa de que tinha se enforcado.

O detalhe seguinte pode ser valioso para a compreensão do caso. Embora este menino, que tem agora onze anos, esteja se desenvolvendo dentro do padrão de "durão", é muito tímido e facilmente se ruboriza. Tem um grande número de ursos de pelúcia que para ele são crianças. Ninguém ousa lhe dizer que são brinquedos. Ele é leal a eles, demonstra muita afeição por eles e faz calças para eles que envolvem costura cuidadosa. Seu pai alega que parece adquirir um sentimento de segurança desta sua família à qual serve, deste modo, de mãe. Se chegam visitas ele rapidamente põe os ursos na cama da irmã, porque ninguém fora da família deve saber que ele tem essa família de ursos. Ao lado disto há uma relutância em evacuar ou uma tendência para guardar suas fezes. Não é difícil adivinhar, por isso, que ele está com uma identificação materna baseada em sua própria insegurança em relação a sua mãe, e que pode se desenvolver no sentido da homossexualidade. Por outro lado, a preocupação com cordão poderia se desenvolver no sentido de uma perversão.

Comentário

Os seguintes comentários me parecem apropriados:

1 – O cordão pode ser visto como uma extensão de todas as outras técnicas de comunicação. Cordão une do mesmo modo que auxilia no embrulhar de objetos e na manutenção de material não-integrado. Neste sentido o cordão tem um significado simbólico para todos; um exagero do emprego do cordão pode facilmente fazer parte do início do sentimento de insegurança e da idéia de falta de comunicação. Neste caso particular é possível detectar anormalidade emergindo no emprego do cordão pelo menino e é importante descobrir que mudança poderia levar a tornar perverso o seu emprego.

Parece possível chegar a tal dedução se se considera o fato de que a função do cordão está mudando de união para *negação de separação.* Como negação de separação o cordão se torna algo por si mesmo, algo que tem propriedades perigosas e que tem de ser dominado. Neste caso a mãe parece ter sido capaz de lidar com o emprego do cordão pelo garoto antes que fosse demasiado tarde, quando seu emprego ainda traduzia esperança. Quando a esperança está ausente e o cordão representa a negação de separação, então um estado de coisas muito mais complexo se origina – que se torna difícil de curar, por causa dos ganhos secundários que se originam da habilidade que se desenvolve quando um objeto tem de ser manipulado para ser dominado.

Por isso este caso apresenta um interesse especial à medida que nos torna possível a observação do desenvolvimento de uma perversão.

2 – É possível ver também deste material o uso que pode se fazer dos pais. Quando os pais podem ser utilizados, eles trabalham com grande economia, especialmente se se tem em mente que nunca haverá terapeutas suficientes para tratar todos os que necessitam de tratamento. Lá estava uma boa família que estava atravessando tempos difíceis por causa do desemprego do pai; que foi capaz de assumir toda a responsabilidade de criar uma criança deficiente mental a despeito de seus tremendos inconvenientes, sociais e intrafamiliares; e que sobreviveu às terríveis fases da doença depressiva da mãe, incluindo uma de hospitalização. Tem de haver muita força de vontade nesta família e foi na base desta presunção que se tomou a decisão de convidar os pais a assumir a terapia de seu próprio filho. Ao fazê-lo, aprenderam muito sobre si mesmos mas precisaram ser informados sobre o que estavam fazendo. Precisavam também de ver seu êxito ser apreciado e que todo o processo fosse verbalizado. O fato de terem visto seu filho atravessando uma doença deve lhes ter dado confiança no que concerne a sua habilidade de solucionar outras dificuldades que surjam eventualmente.

Resumo

Foi descrito brevemente um caso para ilustrar a compulsão de um menino no uso de cordão, de início na tentativa de se comunicar simbolicamente com sua mãe a despeito de seu afastamento durante fases depressivas, e depois como negação de separação. Como símbolo da negação de separação o cordão se tornou uma coisa assustadora e teve de ser dominado, tornando-se seu uso então pervertido. Neste caso a própria mãe fez a psicoterapia, tendo sua tarefa lhe sido explicada pelo psiquiatra.

Contratansferência[1] (1960) 14

O que pretendo expor pode ser enunciado brevemente.

Penso que o uso desta palavra contratransferência deveria por agora retornar a seu uso original. Podemos usar palavras como quisermos, especialmente palavras artificiais como contratransferência. Uma palavra como *self* naturalmente expressa muito mais do que podemos expressar; ela nos usa e pode nos conduzir. Mas contratransferência é um termo que podemos escravizar, e um exame da literatura me leva a pensar que esta palavra corre o risco de perder sua identidade.

Já há bastante literatura sobre este termo e eu mesmo tenho tentado estudá-la. Em meu estudo "Hate in the Counter-Transference" (1947) (que é principalmente sobre ódio), afirmei que um uso da palavra contratransferência deveria ser para descrever "anormalidade nos sentimentos, relacionamentos e identificações estabelecidos na contratransferência, que estão sob repressão no analista. O comentário que isto suscita é de que o analista precisa de mais análise (. . .)"

Para as finalidades deste estudo acrescentei dois outros significados possíveis.

Uma discussão baseada nas falhas da análise do próprio analista seria inútil. Neste sentido, isso encerra o debate.

O significado da palavra contratransferência pode ser estendido, contudo, e penso que todos concordamos em estendê-lo um pouco para poder ter esta oportunidade de examinar nosso trabalho de um novo ângulo. Voltarei contudo à idéia que já expressei. Antes de prosseguir devo retornar a uma observação feita por Michael

1 – Apresentado na segunda parte do Simpósio sobre Contratransferência realizado pela Secção Técnica da *British Psychological Society* em Londres, a 25 de novembro de 1959, e publicado pela primeira vez no *British Journal of Medical Psychology*, 33, p. 17-21.

Fordham no início de seu estudo, em que cita Jung ao protestar este contra a idéia de que transferência é um produto da técnica psicanalítica, ressaltando que este é um fenômeno geral transpessoal e social. Afora o fato de não saber o que "transpessoal" significa, penso que aqui se pode gerar confusão pela distorção do uso do termo transferência como imagino que Freud o introduziu. A característica da técnica psicanalítica reside no uso da transferência e da *neurose de transferência.* Transferência não é apenas uma questão de relacionamento, ou relações. Ela se refere ao modo como fenômenos altamente subjetivos aparecem repetidamente. A psicanálise consiste principalmente em propiciar as condições para o desenvolvimento desses fenômenos, e a interpretação dos mesmos no momento oportuno. A interpretação relaciona o fenômeno específico da transferência a uma parcela da realidade psíquica do paciente, e isso significa em alguns casos relacioná-la ao mesmo tempo a uma parcela da vida passada do paciente.

Em um exemplo típico, um paciente vai gradativamente chegando a sentimentos de suspeita e ódio relacionados com o analista, fato que pode ser visto como tendo relação com o risco de se encontrar com outro paciente, ou com as interrupções devidas a fins-de-semana ou feriados. Com o tempo uma interpretação faz sentido disto tudo em termos não do presente mas da estrutura dinâmica da personalidade do paciente. Depois desta elaboração o paciente perde a neurose de transferência específica e parte para outra. (Mais freqüentemente o trabalho não é feito de modo tão claro, mas para propósito de ensino esta poderia ser uma descrição razoável de um princípio básico.)

Michael Fordham (1960) nos deu um bom exemplo disto ao falar de um paciente que fazia perguntas. Eventualmente este afirmou: "Você é como meu pai, nunca responde a minhas perguntas". Muitas vezes o paciente deu indícios que permitiam ao analista interpretar de modo produtivo, mas aqui há uma pequena parcela (mas uma parcela importante) da interpretação que foi feita pelo paciente, e sem dúvida foi possível ao analista acrescentar uma interpretação mais completa.

É necessário persistir nisso porque, se não concordamos acerca do termo transferência, não podemos começar a discutir contratransferência.

A propósito, permitam-me lembrar ao Dr. Fordham que alguns dos termos que ele usa não têm nenhum valor para mim, por pertencerem ao jargão da conversação de Jung. Em contrapartida ele pode me dizer quais das minhas palavras são inúteis para ele. Eu me refiro a: transpessoal, inconsciente transpessoal, ideal transpessoal analítico, arquétipo, componentes contra-sexuais da psique, ânimo e ânima, conjunção ânimo-anima.

É impossível se comunicar comigo nessa linguagem. Para alguns nesta sala estas são palavras habituais e para o resto não têm sentido preciso.

Devemos também ter cuidado com palavras que são usadas de modo diferente por vários grupos de profissionais: ego, inconsciente, ilusório, sintônico (reagir sintonicamente), análise, etc.

Posso agora retornar ao tema dos fenômenos de transferência-contratransferência e examinar o que ocorre geralmente no trabalho profissional. Trabalho profissional é muito diferente de vida comum, não é mesmo?

Isto tudo começou com Hipócrates, possível fundador da atitude profissional. O juramento médico nos dá o quadro de um homem ou mulher que é uma versão idealizada do homem ou mulher comum encontrado na rua. Ainda assim, *é como somos* quando exercemos nossa profissão. Incluída no juramento está a promessa de que não cometeremos adultério com o ou a paciente. Aqui está o pleno reconhecimento de um aspecto da transferência, o da necessidade do paciente de idealizar o analista, e se apaixonar por ele, de sonhar.

Freud previu o desenvolvimento de uma ampla gama de fenômenos subjetivos no relacionamento profissional; a análise do próprio analista foi de fato o reconhecimento de que o analista está *sob tensão ao manter a atitude profissional.* Não é sem propósito que uso este palavreado. Não estou dizendo que a análise do próprio analista é para livrá-lo de neurose; sua finalidade é aumentar a estabilidade de caráter e a maturidade da personalidade do profissional, sendo esta a base de seu trabalho e de nossa habilidade de manter um relacionamento profissional.

Uma atitude profissional pode, certamente, ser montada sobre a base de defesas e inibições e obsessão da ordem, e sugiro que é aí que o psicoterapeuta está particularmente sob tensão, porque *qualquer estruturação das defesas do ego diminui sua capacidade de enfrentar a nova situação.* O psicoterapeuta (analista ou psicólogo analista) deve permanecer vulnerável e ainda assim reter seu papel profissional durante suas horas de trabalho. Acho que o analista profissional que mantém comportamento correto está mais à vontade do que o analista que (ainda que com comportamento correto) retém a vulnerabilidade que faz parte de uma organização defensiva flexível. (Fordham se refere a esta mesma idéia em sua terminologia.)

Há uso muito mais amplo dos fenômenos de transferência na psicanálise do que em serviço social (psiquiátrico), por exemplo. Isto dá uma vantagem terapêutica do analista sobre o assistente social, mas é necessário lembrar que há vantagens que permanecem com o que trabalha com casos mais gerais, trabalhando com as funções do ego do paciente, estando em posição melhor para se relacionar com as necessidades do ego do paciente para favorecimento social. Como analistas estamos freqüentemente envolvidos nisto que não é nossa função.

Na análise a neurose de transferência é caracteristicamente derivada do id. Em assistência social (psiquiátrica) um homem pode dizer à assistente social: "Você me lembra minha mãe". Nada mais precisa ser feito a respeito disso, bastará à assistente social acreditá-lo. Na análise o analista receberá os indícios de modo que possa interpretar não apenas a transferência de sentimentos da mãe para o analista, mas também os elementos instintivos inconscientes que estão por trás disso, assim como os conflitos gerados e as defesas então erigidas. Deste modo o inconsciente começa a ter um equivalente consciente e a se tornar um processo vivo envolvendo pessoas, assim como a se tornar um fenômeno aceitável pelo paciente.

O que o paciente encontra é por certo a atitude profissional do analista, não a do homem ou mulher não-confiável que costumamos ser na vida privada.

Quero tornar primeiro esta observação bem clara, embora vá modificar mais tarde o que estou afirmando agora.

Quero afirmar que o analista no trabalho está em um estado especial, isto é,

que *sua atitude é profissional*. O trabalho é feito em uma situação profissional. Nesta situação presumimos o analista livre da personalidade e distúrbio de caráter em tal grau que o relacionamento profissional não pode ser mantido, ou o pode somente a muito custo, envolvendo defesas excessivas.

A atitude profissional é como um simbolismo, no sentido de que pressupõe uma *distância entre analista e paciente*. O símbolo está no fosso entre o objeto subjetivo e o objeto que é percebido objetivamente.

Verifica-se aqui que estou em desacordo com a afirmação de Fordham, embora mais tarde venha a concordar com ele. A afirmação da qual discordo é a seguinte: "Ele" (Jung) "compara a relação analítica a uma interação química, e continua dizendo que tratamento não pode 'de jeito nenhum (. . .) ser nada mais do que o produto de influência mútua, no qual o ser integral do médico, bem como o do paciente, tomam parte'". Mais tarde ele é enfático ao afirmar que é inútil para o analista erigir defesas de tipo profissional contra a influência do paciente, e continua: "Ao fazê-lo ele apenas se nega ao uso de um órgão extremamente importante de informação".

Quanto a mim, preferiria ser antes lembrado por sustentar que entre o paciente e o analista está a atitude profissional do analista, sua técnica, o *trabalho que executa com sua mente*.

Afirmo isto agora sem receio porque não sou um intelectual e na verdade, pessoalmente, executo meu trabalho muito mais a partir de meu ego corporal, por assim dizer. Mas me imagino, em meu trabalho analítico, trabalhando à vontade mas com esforço mental consciente. Idéias e sentimentos me vêm à mente, mas estes são bem examinados e filtrados antes de fazer uma interpretação. Isto não quer dizer que sentimentos não estão envolvidos. Por um lado posso ter dor no estômago, mas isso em geral não afeta minhas interpretações; e por outro lado posso ser algo estimulado erótica ou agressivamente por uma idéia manifestada pelo paciente, mas novamente isto em geral não afeta o meu trabalho interpretativo, o que, como e quando digo.

O analista é objetivo e consistente na hora da sessão, sem pretender ser um salvador, professor, aliado ou moralista. O efeito importante da análise do próprio analista neste contexto é que fortalece seu próprio ego de modo a poder permanecer *profissionalmente* envolvido, e sem esforço demasiado.

Na medida em que isto tudo é correto, o significado da palavra contratransferência só pode ser o de aspectos neuróticos *que estragam a atitude profissional* e perturbam o curso do processo analítico determinado pelo paciente.

Na minha opinião isto é correto, exceto nos diagnósticos de pacientes de certo tipo, e quero descrever agora as espécies de diagnósticos que a meu ver alteram todo o problema e me fazem desejar concordar com a afirmação com a qual acabo de discordar. O tema sob discussão poderia ser intitulado o *papel do analista*; é este papel que pode variar de acordo com o diagnóstico do paciente. Nenhum conferencista teve tempo para se referir mais do que brevemente à questão do diagnóstico (embora Fordham citasse Jung: "Está claro, contudo, que tem certeza do paciente ter efeitos drásticos no analista e que isto pode induzir manifestações patológicas nele". Ele afirma que este é particularmente o caso quando são tratados casos *borderline* de esquizofrenia; e Jung desenvolve este tema de modo interessante.)

Estou, por isso, falando de uma posição diferente, e a mudança vem do fato de agora me referir ao manejo e tratamento de casos *borderline* para os quais a palavra psicótico é mais apropriada do que neurótico. Contudo, sucede que a vasta maioria das pessoas que nos procura para psicanálise não é psicótica e os estudantes devem ser ensinados primeiro a analisar casos não-psicóticos.

Poder-se-ia esperar de mim usar palavras como neurose, psicose, ou histeria, distúrbios afetivos e esquizofrenia, mas não o faço ao classificar casos para nosso propósito aqui.

Parece-me que dois tipos de casos alteram completamente a atitude profissional do terapeuta. Um é o paciente que *tem uma tendência anti-social*, o outro é o paciente *que necessita de uma regressão*. O primeiro, o paciente com uma tendência anti-social maior ou menor, está permanentemente reagindo à privação. O terapeuta é impelido pela doença do paciente, ou pela metade esperançosa que há nela, a corrigir e continuar corrigindo a falta de apoio ao ego que alterou o curso da vida do paciente. A única coisa que o terapeuta pode fazer, além de ser enredado, é usar o que ocorre na tentativa de chegar a uma avaliação precisa da privação ou privações originais, como percebidas e sentidas pelo paciente como criança. Isto pode envolver ou não trabalho com o inconsciente do paciente. Um terapeuta completamente empenhado no trabalho com pacientes que revelam uma tendência anti-social não estaria em boa posição para compreender a técnica psicanalítica ou a operação de transferência, ou a interpretação da neurose de transferência. Tentamos evitar dar a nossos estudantes de psicanálise casos anti-sociais precisamente porque não podemos ensinar psicanálise nesses casos. Eles são melhor manejados de outras maneiras, embora a psicanálise possa ser acrescentada produtivamente. Deixarei de lado considerações adicionais sobre a tendência anti-social.

No outro tipo de paciente a que me refiro será necessária uma regressão. Se uma mudança significativa é o que se pretende conseguir, o paciente precisará passar por uma fase de dependência infantil. Novamente aqui a psicanálise não poderá ser ensinada, embora possa ser praticada de forma modificada. A dificuldade aqui está no diagnóstico, na identificação da falsidade da falsa personalidade que oculta o *self* verdadeiro imaturo. Se se quiser que o *self* verdadeiro oculto aflore por si próprio, o paciente terá de passar por um colapso como parte do tratamento, e o analista precisará ser capaz de desempenhar o papel de mãe para o lactente do paciente. Isto significa dar apoio ao ego em grande escala. O analista precisará permanecer orientado para a realidade externa ao mesmo tempo que identificado ou mesmo fundido com o paciente. O paciente precisa ficar extremamente dependente, absolutamente dependente mesmo, e estas palavras são certas mesmo quando há uma parcela sadia da personalidade que atua como um aliado do analista e na verdade informa ao analista como se comportar.

Notar-se-á que agora estou usando uma fraseologia na linha das usadas por Fordham.

Agora então cabe dizer que analistas que trabalham principalmente com pa-

cientes que se tornam inteiramente dependentes desta maneira podem falhar em entender e aprender a técnica psicanalítica que se baseia no trabalho com a vasta maioria dos pacientes, isto é, aqueles cuja própria dependência infantil foi elaborada com êxito por seus próprios pais e mães. (Não posso ressaltar o suficiente o fato de que a maioria das pessoas, ao serem analisadas, necessita de técnica psicanalítica clássica, com a atitude profissional do analista colocada entre o paciente e o analista.)

Em contrapartida, o analista clássico, aquele que aprendeu sua tarefa e confia em sua habilidade de se defrontar com a neurose de transferência à medida que esta se desenvolve e repetidamente se manifesta, tem muito a aprender com aqueles de quem cuida e com aqueles que tentam fazer psicoterapia com pacientes que necessitam passar pelos estágios do desenvolvimento emocional que na verdade pertencem à lactação.

Portanto, deste ângulo diferente, com o paciente diagnosticado como psicótico ou esquizofrênico, e a transferência dominada pela necessidade do paciente de regredir à dependência infantil, acho-me pronto a aderir a uma grande quantidade de observações do Dr. Fordham, as quais, contudo, segundo acho, ele não ligou adequadamente à classificação de pacientes porque não teve tempo.

O paciente *borderline* atravessa gradativamente as barreiras que denominei de técnica do analista e atitude profissional e força um relacionamento direto de tipo primitivo, chegando até o limite de fusão. Isto é realizado de modo gradual e ordenado, e a recuperação é correspondentemente ordenada, dentro do possível, em uma doença na qual a característica é a do caos.

No treinamento de psicanalistas e assemelhados não devemos colocar estudantes na posição de se relacionarem com as necessidades primitivas dos pacientes psicóticos, porque poucos poderão suportá-las, e poucos serão capazes de aprender alguma coisa da experiência. Por outro lado, em uma prática psicanalítica organizada há lugar para alguns pacientes que forçam a passagem do limite profissional, e que realizam estes testes e exigências especiais, que parecemos estar incluindo sob o termo contratransferência nesta discussão. Poderia tomar o tema a partir das respostas do analista. De fato, acho difícil desperdiçar esta oportunidade para discutir o tipo de experiências que vivi e que se relacionam com idéias expostas pelo Dr. Fordham. Por exemplo, fui agredido fisicamente por um paciente. O que eu disse não é publicável. Não foi uma interpretação mas uma reação ao evento. O paciente atravessou a linha profissional e chegou muito perto do meu eu de verdade, e acho que pareceu real a ela. Mas uma reação não é o mesmo que contratransferência.

Não seria melhor, neste ponto, *deixar o termo contratransferência voltar a seu sentido* do que esperamos eliminar por seleção e análise e treinamento de analistas? Isto nos deixaria livres para discutir as muitas coisas de interesse que analistas podem fazer por pacientes psicóticos que estão temporariamente regredidos e dependentes, para os quais se poderia usar o termo de Margaret Little: a resposta total do analista às necessidades do paciente. Sob este título ou outro similar há muito para se dizer sobre o uso que o analista pode fazer de suas próprias reações conscientes ou inconscientes diante do impacto do paciente psicótico ou da parte psicótica de seu paciente no *self* do analista, e do efeito disto na atitude profissional do analista. Sou

um dos que já escreveu um pouco e falou muito sobre este tema que interessa tanto jungianos como freudianos. Isto poderia formar, e na verdade deveria formar, a base de futuras discussões, mas acho que apenas confusão poderia resultar de tentar se estender para se cobrir tudo que engloba esta palavra que constitui o título deste simpósio: contratransferência.

Os objetivos do tratamento psicanalítico[1] (1962) 15

Ao praticar psicanálise, tenho o propósito de:
me manter vivo;
me manter bem;
me manter desperto.
Objetivo ser eu mesmo e me portar bem.

Uma vez iniciada uma análise espero continuar com ela, sobreviver a ela e terminá-la.

Gosto de fazer análise e sempre anseio pelo seu fim. A análise só pela análise para mim não tem sentido. Faço análise porque é do que o paciente necessita. Se o paciente não necessita análise então faço alguma outra coisa.

Em análise se pergunta: *quanto* se deve fazer? Em contrapartida, na minha clínica o lema é: quão pouco é necessário ser feito?

Mas estes são temas superficiais. Quais são os objetivos mais profundos? O que é que se faz na situação profissional que é tão cuidadosamente preparado e mantido?

Sempre me adapto um pouco às expectativas do indivíduo, de início. Seria desumano não fazê-lo. Ainda assim, me mantenho manobrando no sentido de uma análise padrão. O que devo tentar conceituar aqui é o significado para mim da expressão *análise padrão*.

Isto significa para mim me comunicar com o paciente da posição em que a neurose (ou psicose) de transferência me coloca. Nesta posição eu tenho algumas características de um fenômeno de transição, uma vez que, embora eu represente o

1 – Apresentado à Sociedade Psicanalítica Britânica em 7 de março de 1962.

princípio da realidade, e seja eu quem mantém um olho no relógio, nem por isso deixo de ser um objeto subjetivo para o paciente.

A maior parte do que faço consiste na verbalização do que o paciente me traz no dia. Faço interpretações por duas razões:

1 – Se não fizer nenhuma, o paciente fica com a impressão de que compreendo tudo. Dito de outra forma, eu retenho certa qualidade externa, por não acertar sempre no alvo ou mesmo estar errado.

2 – A verbalização no momento exato mobiliza forças intelectuais. Só é ruim mobilizar os processos intelectuais quando estes se tornaram seriamente dissociados do ser psicossomático. Minhas interpretações são econômicas, pelo menos assim espero. Uma interpretação por sessão me satisfaz, se está relacionada com o material produzido pela cooperação inconsciente do paciente. Digo uma coisa, ou digo uma coisa em duas ou três partes. Nunca uso frases longas, a menos que esteja muito cansado. Se estou próximo do ponto de exaustão, me ponho a ensinar. Além disso, na minha opinião, uma interpretação que contém a expressão "além disso" é uma sessão de ensino.

O material do processo secundário é aplicado ao material do processo primário, como uma contribuição à integração e ao crescimento.

O que é que me traz o paciente hoje? Isto depende da cooperação inconsciente que se estabelece por ocasião da primeira interpretação mutativa, ou talvez antes. É axiomático que o trabalho da análise é feito pelo paciente e isto é chamado de cooperação inconsciente. Nela se incluem sonhos, o recordar e a narração deles de modo produtivo.

Cooperação inconsciente é o mesmo que resistência, mas esta última faz parte de um elemento negativo da transferência. A análise da resistência libera a cooperação, que faz parte de elementos positivos da transferência.

Embora a psicanálise possa ser infinitamente complexa, pode-se dizer algumas coisas simples sobre o trabalho que realizo e uma delas é que espero entrever uma tendência para a ambivalência na transferência e em direção oposta aos mecanismos mais primitivos de *splitting*, introjeção, projeção, retaliação do objeto, desintegração, etc. Sei que estes mecanismos primitivos são universais e que têm um valor positivo, mas são defesas, na medida que enfraquecem o elo direto com o objeto através do instinto e através do amor e do ódio. Ao final de ramificações intermináveis em termos de fantasia hipocondríaca e delírios persecutórios, o paciente tem um sonho que expressa: Devoro-te. Eis aqui uma simplicidade marcante, como aquela do complexo de Édipo.

Simplicidade marcante só é possível como prêmio do fortalecimento do ego trazido pela análise. Desejaria fazer uma referência especial a isto, mas antes se deve lembrar o fato de, em muitos casos, o analista deslocar influências ambientais que são patológicas, e nós adquirimos *insight* que nos possibilita saber quando nos tornamos os representantes modernos das figuras paternas da infância e meninice do paciente e quando, em contrapartida, estamos deslocados por tais figuras.

Uma vez chegando a este ponto, nos vemos afetando o ego do paciente em três etapas:

a) Contamos com certa força do ego nos estágios iniciais da análise, pelo apoio que simplesmente damos ao ego por fazer análise padrão, e fazê-la bem. Isto corresponde ao apoio dado ao ego pela mãe que (na minha teoria) torna forte o ego da criança se, e somente se, é capaz de desempenhar sua parte especial nesta época. Isto é temporário e faz parte de uma fase especial.

b) Segue-se então uma longa fase em que a confiança do paciente no processo analítico acarreta todo tipo de experimentação (por parte do paciente) em termos de independência do ego.

c) Na terceira fase o ego do paciente, agora independente, começa a se revelar e afirmar suas características individuais, começando o paciente a ver como natural o sentimento de existir por si mesmo.

É esta integração do ego que me interessa e satisfaz particularmente (embora não deva ser para me satisfazer que ocorra). É muito gratificante observar a capacidade crescente do paciente de reunir tudo dentro da área de sua onipotência pessoal, incluindo até verdadeiros traumas.

A força do ego resulta em uma mudança clínica no sentido do relaxamento das defesas, que são mais economicamente empregadas e alinhadas, sentindo-se o paciente não mais preso à sua doença, como resultado, mas livre, mesmo que não esteja livre de sintomas. Em suma, observamos crescimento e desenvolvimento emocional que tinha ficado em suspenso na situação original.

E quanto à análise modificada?

Eu me dou conta de trabalhar como um analista em vez de realizar análise padrão quando me defronto com certas condições que aprendi a reconhecer:

a) Quando o temor da loucura domina o quadro.

b) Quando um falso *self* se torna bem-sucedido e a fachada de sucesso, mesmo brilhante, tem de ser demolida em alguma fase para a análise ter êxito.

c) Quando, em um paciente, uma tendência anti-social, seja em forma de agressão, roubo ou ambas, é o legado de uma privação.

d) Quando não há vida cultural, somente uma realidade psíquica interna e um relacionamento com a realidade externa, estando as duas relativamente desconectadas.

e) Quando uma figura paterna ou materna doente domina o quadro.

Não só estes como muitos outros padrões de doença me despertam o interesse. O fato essencial é que baseio meu trabalho no diagnóstico. Continuo a elaborar um diagnóstico com o continuar do tratamento, um diagnóstico individual e outro social, e trabalho de acordo com o mesmo diagnóstico. Neste sentido, faço psicanálise quando o diagnóstico é de que este indivíduo, em seu ambiente, quer psicanálise. Posso até tentar estabelecer uma cooperação inconsciente, ainda quando o desejo consciente pela psicanálise esteja ausente. Mas, em geral, análise é para aqueles que a querem, necessitam e podem tolerá-la.

Quando me defronto com o tipo errado de caso, me modifico no sentido de ser um psicanalista que satisfaz, ou tenta satisfazer, as necessidades de um caso especial. Acredito que este trabalho não-analítico pode ser melhor feito por um analista que é versado na técnica psicanalítica clássica.

Para finalizar gostaria de dizer o seguinte:

Baseei minhas afirmações na presunção de que todos os analistas são iguais tanto quanto são analistas. Mas analistas não são iguais. Eu mesmo não sou o que era vinte ou trinta anos atrás. Sem dúvida, alguns analistas trabalham melhor nas áreas mais simples e mais dinâmicas, onde o conflito entre amor e ódio, com suas ramificações na fantasia consciente e inconsciente, constitui o principal problema. Outros analistas trabalham tão bem ou melhor quando têm de lidar com mecanismos mentais mais primitivos na neurose ou psicose de transferência. Deste modo, ao interpretar as retaliações dos objetos parciais, projeções e introjeções, ansiedades hipocondríacas e paranóides, ataques a associações, distúrbios de pensamento, etc., alargam o campo de operações e o espectro de casos que podem resolver. Isto é pesquisa analítica e seu risco principal está em que as necessidades do paciente em termos de dependência infantil possam ser perdidas de vista no curso do desempenho do analista. Naturalmente, à medida que adquirimos confiança na técnica padrão pela sua utilização em casos apropriados nos sentimos inclinados a pensar que podemos resolver os casos *borderline* sem desvios de técnica e não vejo razão por que não tentá-lo, especialmente na medida em que o diagnóstico pode se alterar a nosso favor como resultado de nosso trabalho.

Em minha opinião, nossos objetivos ao aplicar a técnica clássica não são alterados se acontece interpretarmos mecanismos mentais que fazem parte dos tipos de distúrbios psicóticos e dos estágios primitivos do desenvolvimento emocional do indivíduo. Se nosso objetivo continua a ser verbalizar a conscientização nascente em termos de transferência, então estamos praticando análise; se não, então somos analistas praticando outra coisa que acreditamos ser apropriada para a ocasião. E por que não haveria de ser assim?

Enfoque pessoal da contribuição kleiniana[1] (1962) 16

No curso de seu estudo, além dos artigos de Freud, vocês já se depararam com outros nomes importantes, se encontraram com analistas que contribuíram de modo original, e cujas contribuições foram em geral encaradas como proveitosas. Por exemplo, foram apresentados a Anna Freud, que teve uma posição invulgar na vida de seu pai durante as últimas duas décadas e que cuidou dele constantemente quando ele esteve doente. Devem estar familiarizados pelo menos com seu clássico resumo da teoria psicanalítica em seu *Ego e os Mecanismos de Defesa* (1936). De qualquer modo, Anna Freud teve uma influência enorme no modo como a psicanálise se desenvolveu nos Estados Unidos, e seu interesse estimulante no que os outros estão fazendo tem sido responsável por muita pesquisa que foi publicada sob outros nomes.

Contudo Anna Freud não foi tão importante na Inglaterra como o foi nos Estados Unidos, simplesmente por causa dos grandes desenvolvimentos que ocorreram em Londres nos vinte anos após o fim da Primeira Guerra Mundial, antes da Srta. Freud chegar com seu pai, refugiados da perseguição nazista. Durante esse período eu estava me desenvolvendo em relação à psicanálise, e poderia interessá-los ouvir de mim algo sobre as bases em que isso teve lugar.

Houve uma controvérsia entre Melanie Klein e Anna Freud, controvérsia que ainda não foi resolvida. Mas isso não foi importante para mim nos meus anos iniciais de formação, e só se torna importante para mim agora na medida em que dificulta o pensamento livre. De fato, Melanie Klein e Anna Freud estavam em contato em Viena, mas isto não tinha nenhum significado para mim.

1 – Palestra proferida aos candidatos da Sociedade Psicanalítica de Los Angeles, em 3 de outubro de 1962.

De meu ponto de vista a psicanálise na Inglaterra foi um edifício cujas fundações eram Ernest Jones. Se alguém granjeou minha gratidão foi Ernest Jones, e foi a ele que recorri quando achei que necessitava de ajuda em 1923. Ele me pôs em contato com James Strachey, por quem fui analisado durante dez anos, mas sempre soube que era por causa de Jones que existia um Strachey e uma *British Psycho-Analytical Society* para meu proveito.

De modo que vim para a psicanálise desconhecendo choques de personalidade entre os vários analistas, e apenas satisfeito por conseguir ajuda eficiente para minhas dificuldades.

Estava iniciando como pediatra consultor por essa época, e podem imaginar como era excitante obter inúmeras histórias clínicas e conseguir de pais sem instrução do hospital-escola a confirmação que alguém poderia precisar para as teorias psicanalíticas que começavam a fazer sentido para mim através de minha própria análise. Naquele tempo nenhum outro analista era pediatra ao mesmo tempo, e assim, por outras duas ou três décadas fui um fenômeno isolado.

Menciono esses fatos porque, por ser um pediatra com talento para conseguir que as mães me contassem sobre seus filhos e sobre a história precoce dos distúrbios de suas crianças, fiquei logo em posição de ficar impressionado tanto pelo *insight* que a psicanálise dava das vidas das crianças como por uma certa deficiência na teoria psicanalítica que descreverei oportunamente. Ao mesmo tempo, nos anos 20, tudo tinha o complexo de Édipo em seu âmago. A análise das neuroses conduzia o analista repetitivamente às ansiedades pertencentes à vida instintiva do período dos 4 a 5 anos do relacionamento da criança com seus pais. Dificuldades anteriores que vinham à tona eram tratadas em análise como regressão a pontos de fixação pré-genitais, mas a dinâmica vinha do conflito do complexo de Édipo marcadamente genital da meninice ou meninice posterior que é imediatamente anterior à passagem do complexo de Édipo e início do período de latência. Então, inumeráveis histórias clínicas me mostravam que crianças que se tornaram doentes, seja neuróticos, psicóticos, psicossomáticos ou anti-sociais, revelavam dificuldades no seu desenvolvimento emocional na infância, mesmo como bebês. Crianças hipersensíveis paranóides podiam até ter começado a ficar assim nas primeiras semanas ou mesmo dias de vida. Algo estava errado em algum lugar. Quando vim a tratar crianças pela psicanálise pude confirmar a origem das neuroses no complexo de Édipo, mas mesmo assim sabia que as dificuldades começavam antes.

Distribuí muitos estudos tímidos e experimentais a colegas, a partir de meados dos anos vinte, mencionando esses fatos, e finalmente meu ponto de vista foi apresentado em um estudo (1936) que denominei "Appetite and Emotional Disorder". Nele apresentei amostras de histórias clínicas que de algum modo tinham de ser reconciliadas com a teoria do complexo de Édipo como ponto de origem de conflitos individuais. Os bebês podiam ficar emocionalmente doentes.

Tornou-se um momento importante em minha vida aquele em que meu analista interrompeu minha análise e me falou de Melanie Klein. Ele tinha ouvido falar de minha obtenção cuidadosa da história clínica e de minha tentativa de aplicar o que obtinha de minha própria análise aos casos de crianças trazidas a mim devido a toda

espécie de doença pediátrica. Investiguei especialmente o caso de crianças trazidas por causa de pesadelos. Strachey me disse: "Se está aplicando teoria psicanalítica a crianças, deveria travar conhecimento com Melanie Klein. Ela foi atraída à Inglaterra por Jones para fazer a análise de alguém muito especial para Jones; ela está afirmando algumas coisas que podem ou não ser verdade, e deve descobrir por si mesmo pois não conseguirá o que Melanie Klein ensina em minha análise de você."

De modo que fui ver e ouvir Melanie Klein, e descobri uma analista que tinha muito que dizer sobre as ansiedades que pertencem ao primeiro ano; me instalei para trabalhar auxiliado por ela. Levei-lhe um caso descrito com grandes pormenores e ela teve a bondade de lê-lo todo. Na base dessa análise pré-kleiniana que realizara baseado na minha própria por Strachey, vim a aprender algo da imensidão de coisas que descobri que ela já sabia.

Isto foi difícil para mim, porque da noite para o dia deixei de ser um pioneiro para me tornar um estudante com uma mestra pioneira. Melanie Klein foi uma mestra generosa e achei que eu tinha muita sorte. Lembro-me de uma vez que fui a ela para supervisão, e que não me lembrava nada do trabalho de uma semana inteira. Ela simplesmente reagiu me relatando um caso dela mesma.

Aprendi então psicanálise com Melanie Klein, e achei outros mestres comparativamente rigorosos. Primeiro, ela possuía uma memória espantosa. Sábado à noite, se ela assim o desejasse, podia se aprofundar em cada pormenor do trabalho da semana com cada paciente, sem consulta a anotações. Ela relembrava meus casos e meu material analítico melhor do que eu mesmo. Mais tarde ela me confiou a análise de alguém chegado e caro a ela, mas deveria ficar claro que eu nunca teria análise com ela, ou por qualquer de seus analisandos, de modo que não me qualifiquei para ser um de seu grupo de kleinianos escolhidos.

Agora preciso tentar descrever o que consegui de Melanie Klein. Isto é difícil porque naquele tempo eu simplesmente trabalhava no material de meus casos e nos casos que ela me narrava e não tinha idéia de que o que estava sendo ensinado era tão original. O fato é que fazia sentido e unia os pormenores de minha história clínica com a teoria psicanalítica.

Para Melanie Klein a análise da criança era exatamente como a análise de adultos. Isto nunca foi uma dificuldade, do meu ponto de vista, uma vez que comecei com o mesmo ponto de vista, o qual continuo a manter. A idéia de um período preparatório pertence ao tipo de caso, não a uma técnica estabelecida pertencente à análise de crianças.

Melanie Klein usava então conjuntos de brinquedos bem pequenos. Estes eu achei realmente valiosos, já que eram facilmente manipulados e se uniam à imaginação da criança de modo especial. Foi um avanço sobre falar e também sobre desenhar que sempre usei por causa da conveniência de se ter os desenhos para guardar e lembrar do pesadelo ou amostra do brinquedo.

Melanie Klein tinha um modo de tornar a realidade psíquica interna muito real. Para ela um brinquedo específico com os brinquedos era uma projeção da realidade psíquica da criança que era localizada pela criança, localizada dentro do *self* e no corpo.

Deste modo me desenvolvi considerando a manipulação pela criança de pequenos brinquedos e outro brinquedo especial e circunscrito como espiadas para dentro do mundo interior da criança, e se via que a realidade psíquica podia ser referida como "interna", porque ela realmente faz parte do conceito que a criança faz de si mesma como tendo um interior que é parte do *self* e um exterior que é "não-eu" e que é repudiado.

Deste modo havia uma conexão íntima entre os mecanismos mentais de introjeção e a função de comer. Também a projeção tinha uma relação com as funções corporais que eram excretoras – saliva, suor, fezes, urina, gritar, dar pontapés, etc.

Assim o material de uma análise ou tinha que ver com as relações objetais da criança ou com os mecanismos de introjeção e projeção. Também a expressão relações objetais podia significar relações com objetos internos e externos. Crescia assim a criança em um mundo, sendo este e a criança ao mesmo tempo continuamente enriquecidos pela introjeção e projeção. O material para a introjeção e projeção tinha contudo uma pré-história, pois na base do que a criança foi e é havia o inicialmente incorporado relacionado com a função corporal de comer. Deste modo, enquando se poderia analisar para sempre em termos de projeção e introjeção, as mudanças ocorreriam relacionadas com o comer, isto é, no erotismo e sadismo oral.

Seguindo-se a isto, o morder com raiva na transferência, relacionado com um fim-de-semana ou feriado, levaria a um aumento do poder dos objetos internos que tinham uma qualidade persecutória. Como conseqüência disso, a criança sofria dor ou se sentia ameaçada de dentro, ou ficava doente, ou ainda pelo mecanismo de projeção sentia-se ameaçada de fora, desenvolvia fobias ou tinha fantasias ameaçadoras tanto dormindo como acordada ou se tornava desconfiada. E assim por diante.

Assim um mundo analítico muito rico se abriu para mim, e o material de meus casos confirmava as teorias e o fazia repetidamente. Por fim comecei a tê-las como certas. De qualquer modo estas idéias estavam esboçadas no "Mourning and Melancholia" de Freud (1917); e Abraham (1916) (mestre de Klein em Berlim) desbravara um novo território que Melanie Klein tanto consolidou.

O importante para mim era que enquanto nada do impacto do complexo de Édipo se perdia, o trabalho se fazia agora na base de ansiedades relacionadas com impulsos pré-genitais. Podia-se ver que no caso neurótico mais ou menos puro o material pré-genital era regressivo e a dinâmica pertencia ao período dos quatro anos, mas por outro lado, em muitos casos, havia doença e uma organização de defesas pertencentes a períodos anteriores da vida da criança e muitos lactentes na verdade nunca chegaram a uma coisa tão normal como o complexo de Édipo na meninice.

No meu segundo caso de crianças, durante meu treinamento, no início dos anos trinta, tive a sorte de ter uma menina de três anos que iniciara sua doença (anorexia) em seu primeiro aniversário. O material da análise era edípico, com reações à cena primária e a criança não estava em nada psicótica. Além disso ficou bem e está atualmente bem casada, criando sua própria família. Mas seu conflito edípico se iniciou em seu primeiro aniversário, quando pela primeira vez ela sentou à mesa com seus pais. A criança, que não tinha apresentado problemas anteriormente, estendeu a mão para a comida, solenemente olhou para os pais e retirou a mão. Assim se iniciou

uma anorexia severa exatamente no primeiro ano. No material da análise a cena primária apareceu como uma refeição, às vezes os pais comendo a criança, enquanto outras vezes a criança virava a mesa (cama) e destruía toda a combinação. Sua análise terminou a tempo de ter um complexo de Édipo genital antes do início do período de latência.

Mas este foi um caso à antiga. A abordagem de Melanie Klein me possibilitou trabalhar com os conflitos e ansiedades infantis e defesas primitivas fosse o paciente adulto ou criança, e gradualmente lançou luz na teoria da reação depressiva (iniciada por Freud) e na teoria de alguns estados caracterizados por expectativa persecutória e fez sentido de coisas como a alternância clínica entre hipocondria e delírios de perseguição, e entre depressão e defesa obsessiva.

Por todo o tempo que trabalhei com Klein achei que não havia variação da aplicação estrita dos princípios de técnica freudianos. Havia o evitar cuidadoso de se afastar do papel de analista, e as interpretações principais eram interpretações de transferência. Isto era natural para mim, pois meu próprio analista era estritamente ortodoxo. (Mais tarde tive uma analista: a Sra. Joan Rivière.)

O que descobri foi uma compreensão mais enriquecida do material apresentado e achei particularmente valioso estar na posição de localizar o item da realidade psíquica, dentro ou fora, e ficar à vontade para usar a frase "fantasia mais frágil", mesmo pronunciada com sotaque.

Trabalhando de acordo com as linhas de Klein se chega a uma compreensão do complexo estágio do desenvolvimento que Klein denominava "posição depressiva". Acho este um nome pouco apropriado, mas é verdade que clinicamente, em tratamentos psicanalíticos, chegar a esta posição envolve ter o paciente deprimido. Aqui estar deprimido é uma conquista e implica alto grau de integração pessoal e uma aceitação da responsabilidade por toda a destrutividade que está ligada a viver, à vida instintiva e à raiva à frustração.

Klein foi capaz de tornar claro para mim, do material que meus pacientes apresentavam, como a capacidade para se preocupar e se sentir culpado é um desenvolvimento, e que é isso, mais do que a depressão, que caracteriza a chegada à posição depressiva no caso do bebê e da criança em crescimento.

A chegada a este estágio está associada com idéias de restituição e reparação, e na verdade o ser humano não pode aceitar as idéias destrutivas e agressivas em sua própria natureza sem a experiência de reparação, e por isso a presença continuada do objeto de amor é necessária neste estágio, já que só assim há uma oportunidade de reparação.

Esta é a contribuição mais importante de Klein, na minha opinião, e acho que se iguala ao conceito de Freud sobre o complexo de Édipo. Este se relaciona com o relacionamento a três pessoas e a posição depressiva de Klein se relaciona com o relacionamento a duas pessoas – o do lactente com a mãe. O principal ingrediente é o grau de organização e força do ego no bebê e na criança pequena e por esta razão é difícil colocar o início da posição depressiva antes dos 8-9 meses, ou de um ano. Mas, que importa?

Isto pertence ao período entre as guerras, quando havia um crescimento rápido

da *British Society* e quando Klein era o agente fertilizador. Paula Heimann e Susan Isaacs estavam auxiliando, e também Joan Rivière, minha segunda analista.

Desde aquele tempo muito se passou e não proclamo ser capaz de expor o ponto de vista de Klein de um modo que ela mesma aprovasse. Acredito que meus pontos de vista começaram a se diferenciar dos seus, e de qualquer modo achei que ela não me tinha incluído como um kleiniano. Isto não me importava, porque nunca fui capaz de seguir quem quer que fosse, nem mesmo Freud. Mas Freud era fácil de criticar, porque ele mesmo era sempre crítico de si mesmo. Por exemplo, simplesmente não acho válida sua idéia de instinto de morte.

Bem, Klein fez muito mais do que podemos nos dar ao luxo de ignorar. Ela aprofundou-se mais e mais nos mecanismos mentais de seus pacientes e aplicou então seus conceitos ao bebê em crescimento. Acho que é aqui que cometeu alguns enganos, porque profundo em psicologia nem sempre quer dizer precoce.

Tornou-se uma parte importante da teoria de Klein pressupor uma posição esquizo-paranóide que data do início mais precoce. Este termo esquizo-paranóide é na certa um termo pouco apropriado, mas apesar disso não se pode ignorar o fato de que encontramos, de maneira vitalmente importante, os dois mecanismos

1 - medo de retaliação

2 - *splitting* do objeto em "bom" e "mau".

Klein parecia pensar ao final que os lactentes começam deste jeito, mas parecia ignorar o fato de que com criação suficientemente boa os dois mecanismos podem se tornar relativamente sem importância até que a organização do ego torne o bebê capaz de usar mecanismos de introjeção e projeção para obter controle sobre os objetos. Se não há criação suficientemente boa então o resultado é o caos, mais do que medo de retaliação e *splitting* do objeto em "bom" e "mau".

A respeito de bom e mau, acho duvidoso que essas palavras possam ser usadas antes do lactente se tornar capaz de separar objetos internos benignos dos persecutórios.

Muito do que Klein escreveu nas últimas duas décadas de sua vida tão produtiva pode ter sido empanado por sua tendência a empurrar a idade em que os mecanismos mentais aparecem cada vez mais para trás, de modo a encontrar a posição depressiva nas primeiras semanas; além disso examinou a influência do ambiente apenas superficialmente, nunca reconhecendo realmente que juntamente com a dependência da fase precoce da lactação há, na verdade, um período em que não é possível descrever um lactente sem descrever a mãe de quem o lactente ainda não se tornou capaz de se separar para se tornar um *self*. Klein afirmava ter dado toda a atenção ao fator ambiental, mas na minha opinião ela era incapaz disso, por temperamento. Talvez houvesse uma vantagem nisso, pois certamente ela tinha um desejo muito grande de recuar cada vez mais nos mecanismos mentais individuais que constituem o novo ser humano que está no início da ladeira do desenvolvimento emocional.

O ponto principal é que, qualquer que seja a crítica que se queira fazer do ponto de vista de Klein nas suas últimas duas décadas, não podemos ignorar o enorme impacto que seu trabalho teve na Inglaterra, e terá em qualquer parte, na psicanálise ortodoxa.

Quanto à controvérsia entre Klein e Anna Freud, e entre os seguidores de cada uma, isto não tem importância para mim, nem terá para vocês, porque é uma questão local, e um forte vento a arrastará. A única coisa importante é que a psicanálise, baseada firmemente em Freud, não pode desperdiçar as contribuições de Klein, que tentarei resumir agora:

Técnica ortodoxa estrita na psicanálise de crianças.

Técnica facilitada pelo uso de pequenos brinquedos nos estágios iniciais.

Técnica para análise de crianças de dois anos e meio de idade e todas as idades posteriores.

Reconhecimento da fantasia como localizada pela criança (ou adulto) tanto dentro como fora do *self*.

Compreensão das forças ou "objetos" internos benignas e persecutórias e sua origem em experiências instintivas satisfatórias ou insatisfatórias (originalmente orais e sádico-orais).

Importância da projeção e introjeção como mecanismos mentais desenvolvidos em relação com a experiência da criança das funções corporais de incorporação e excreção.

Ênfase na importância dos elementos destrutivos nas relações objetais, isto é, à parte de raiva por frustração.

Desenvolvimento de uma teoria da consecução pelo indivíduo da capacidade de se preocupar (posição depressiva).

Relacionamento de: brinquedo construtivo
trabalho
potência e geração de filhos
à posição depressiva.

Compreensão da negação da depressão (defesa maníaca).

Compreensão da ameaça de caos na realidade psíquica interna e defesas relacionadas com este caos (neurose obsessiva e afeto depressivo).

Pressuposição dos impulsos infantis, medos de retaliação e *splitting* do objeto antes de atingir a ambivalência.

Tentativa permanente de considerar a psicologia do lactente sem referência à qualidade da influência do ambiente.

Seguem-se certas contribuições *duvidosas:*

Manutenção do uso da teoria do instinto de vida e instinto de morte.

Tentativa de considerar a destrutividade do lactente em termos de

a) hereditariedade

b) inveja.

Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos[1] (1963) 17

Cada ponto do pensamento é o centro de um mundo intelectual
Keats

Iniciei com esta observação de Keats porque sei que este estudo contém tão-somente uma idéia, um tanto óbvia, e que utilizei a oportunidade para reapresentar minhas formulações sobre os estágios iniciais do desenvolvimento emocional do lactente. Em primeiro lugar, descreverei as relações objetais e então gradativamente tentarei chegar ao tema da comunicação.

Quando preparava este estudo para uma sociedade estrangeira, tendo iniciado sem ponto fixo inicial algum, logo cheguei, para surpresa minha, à reivindicação do direito de não me comunicar. Isto foi um protesto do meu íntimo contra a assustadora fantasia de ser infinitamente explorado. Em outras palavras, esta seria a fantasia de ser devorado e engolido. Na linguagem deste estudo, é a *fantasia de ser descoberto.* Há uma literatura considerável sobre o silêncio dos pacientes psicanalíticos, mas não tentarei aqui estudar e resumir essa literatura. Tampouco estou tentando lidar de modo abrangente com o tema da comunicação e me permitirei, de fato, uma amplitude considerável ao seguir este tema até onde quer que me leve. Eventualmente considerarei um tema subsidiário, o do estudo dos opostos. Primeiro acho que preciso recordar alguns de meus pontos de vista sobre relações objetais iniciais.

1 – Versões diferentes deste estudo foram expostas na Sociedade Psicanalítica de San Francisco, em outubro de 1962, e à Sociedade Psicanalítica Britânica, em maio de 1963.

Relações objetais

Examinando-se diretamente a comunicação e a capacidade de se comunicar, pode-se ver que elas estão intimamente ligadas às relações objetais. Relações com os objetos são um fenômeno complexo, e o desenvolvimento de uma capacidade para se relacionar com os objetos de forma alguma é um ponto simples no processo de maturação. Como sempre, a *maturação* (em psicologia) *requer e depende da qualidade do ambiente favorável.* Onde não dominam a cena nem a privação nem a perda, e onde, por isso, o ambiente facilitador pode ser tido como certo na teoria dos estágios formativos mais precoces do crescimento humano, gradativamente se desenvolve, no indivíduo, uma mudança na natureza do objeto. O objeto, *sendo de início um fenômeno subjetivo, se torna um objeto percebido objetivamente.* Esse processo leva tempo, e meses ou mesmo anos se devem passar antes que as privações e perdas possam ser absorvidas pelo indivíduo sem distorção dos processos essenciais que são básicos para as relações objetais.

Neste estágio inicial o ambiente favorável está dando ao lactente a *experiência da onipotência*; com isso quero dizer mais do que controle mágico, e quero incluir no termo o aspecto criativo da experiência. A adaptação ao princípio da realidade deriva espontaneamente da experiência da onipotência dentro da área que faz parte do relacionamento com objetos subjetivos.

Margaret Ribble (1943), que aborda esta área, omite, acho eu, uma coisa importante, que é a identificação da mãe com seu lactente (o que chamo de estado temporário de preocupação materna primária). Ela escreve:

"O lactente no primeiro ano de vida não deveria ter de se defrontar com frustração ou privação, porque estes fatores imediatamente causam tensão exagerada e estimulam atividade defensiva latente. Se os efeitos de tais experiências não são neutralizados com perícia, podem-se gerar distúrbios de conduta. Para o bebê o princípio do prazer deve predominar, e o que se pode fazer com segurança é trazer equilíbrio a esta função e facilitá-la. Somente após um grau considerável de maturidade ter sido atingido pode-se treinar um lactente a se adaptar àquilo que nós adultos conhecemos como princípio da realidade."

Ela está se referindo ao tema das relações objetais ou a satisfações do id, mas acho que também poderia subscrever os pontos de vista mais modernos sobre aspectos do ego.

O lactente experimentando onipotência sob a tutela do ambiente facilitador *cria e recria o objeto*, e o processo gradativamente se forma dentro dele e adquire um apoio na memória.

Sem dúvida aquilo que eventualmente vem a se tornar o intelecto afeta a capacidade do indivíduo imaturo de fazer esta transição tão difícil, de relacionar-se a objetos subjetivos a relacionar-se a objetos percebidos objetivamente, e sugeri que aquilo que vem a dar resultado nos testes de inteligência afeta a capacidade do indivíduo de sobreviver a falhas relativas na área do ambiente em adaptação.

Normalmente o lactente cria o que de fato está a seu redor esperando para ser encontrado. E também aí *o objeto é criado, e não encontrado.* Este aspecto fascinante das relações objetais normais foi estudado por mim em vários estudos, incluindo aquele sobre "Transitional Objects and Transitional Phenomena" (1951). Um objeto bom não é bom para o lactente a menos que seja criado por este. Diria eu, criado a partir de uma necessidade? Ainda assim, o objeto tem de ser encontrado para ser criado. Isto tem de ser aceito como um paradoxo, e não resolvido por um refraseado que por seu brilhantismo pareça eliminar esse paradoxo.

Há outro ponto que tem importância se se considera a localização do objeto. A mudança do objeto de "subjetivo" para "percebido objetivamente" é realizada menos efetivamente por satisfações do que por frustrações. A satisfação derivada de uma mamada tem menos valor no que concerne ao estabelecimento de relações objetais do que quando o objeto cruza seu caminho, por assim dizer. A gratificação instintiva proporciona ao lactente uma experiência pessoal, *mas pouco afeta a posição do objeto;* tive um caso em que as satisfações eliminaram o objeto para um paciente esquizóide adulto, de modo que este não podia deitar-se no divã, reproduzindo isto para ele a situação das satisfações infantis que eliminavam a realidade externa ou a exterioridade dos objetos. Enunciei isto de outra forma, afirmando que o lactente se sente "subornado" por uma mamada satisfatória e se pode verificar que a ansiedade de uma mãe que amamenta pode se basear no medo de que, se o lactente não estiver satisfeito, ela será atacada e destruída. Depois da mamada, o lactente satisfeito deixa de ser perigoso por umas poucas horas, perdendo sua catexia do objeto.

Em contrapartida, a agressão experimentada pelo lactente, que faz parte do erotismo muscular, do movimento, e de forças irresistíveis encontrando objetos imóveis, esta agressão e as idéias ligadas a ela levam ao processo de colocar o objeto separado do *self* na medida em que o *self* começa a emergir como uma entidade.

Na área do desenvolvimento, que é anterior à conquista da fusão, tem de se considerar o comportamento do lactente que é reativo a falhas do ambiente favorável, ou da mãe-ambiente, e isso pode parecer agressão; na realidade é sofrimento.

Normalmente, quando o lactente atinge a fusão o aspecto frustrante do comportamento do objeto tem o valor de educar o lactente a respeito da existência de um mundo que é não-eu. As falhas na adaptação são proveitosas *quando o lactente pode odiar o objeto*, isto é, quando pode reter a idéia do objeto como potencialmente satisfatório ao mesmo tempo que reconhece essa sua falha em assim proceder. Do modo que eu entendo, isso é boa teoria psicanalítica. O que é freqüentemente deixado de lado na exposição desses detalhes da teoria é o tremendo desenvolvimento que ocorre no lactente para que a fusão seja atingida, e para que a falha ambiental, portanto, exerça seu papel positivo, possibilitando ao lactente começar a reconhecer um mundo que é repudiado. Eu deliberadamente não chamo a isso de externo.

Há um estado intermediário no desenvolvimento normal em que a experiência mais importante do paciente com relação ao objeto bom ou potencialmente satisfatório é a recusa do mesmo. A recusa é parte do processo de criação do mesmo. (Isso produz um problema realmente formidável para o terapeuta na anorexia nervosa.)

Nossos pacientes nos ensinam essas coisas, e me perturba que eu deva trans-

mitir esses pontos de vista como se fossem meus. Todos os analistas têm essa dificuldade, e em certo sentido é mais difícil para um analista ser original do que para qualquer outra pessoa, porque tudo que vemos na verdade já nos foi ensinado ontem, à parte o fato de lermos os estudos de cada um e discutirmos esses assuntos privadamente. Em nosso trabalho, especialmente ao trabalhar com os aspectos da personalidade que são mais esquizóides do que neuróticos, na verdade esperamos, se sabemos reconhecer, que o paciente nos diga, e assim fazendo, criativamente, faça a interpretação que poderíamos ter feito; se fazemos a interpretação a partir de nossa esperteza e experiência, o paciente deve recusá-la ou destruí-la. Um paciente com anorexia está me ensinando a essência do que estou dizendo agora à medida que escrevo.

Teoria da comunicação

Estes temas, embora os tenha conceituado em termos de relações objetais, parecem-me afetar o estudo da comunicação, porque naturalmente ocorre uma mudança no propósito e nos meios da comunicação, *à medida que o objeto muda* de ser subjetivo a ser percebido objetivamente, enquanto a criança gradualmente deixa para trás a área de onipotência como uma experiência de vida. Na medida que o objeto é subjetivo, *é desnecessário que a comunicação com ele seja explícita.* Quando o objeto é objetivamente percebido, ou a comunicação é explícita ou é confusa. Aqui ocorrem duas coisas *novas,* a utilização e a apreciação pelo indivíduo dos modos de comunicação, e o eu do indivíduo que não se comunica, ou o núcleo pessoal do eu que é um isolado autêntico.

Uma complicação nesta linha de pensamento se origina do fato de que o lactente desenvolve dois tipos de relacionamento ao mesmo tempo – com a mãe-ambiente e com o objeto, que se torna a mãe-objeto. A mãe-ambiente é humana, e a mãe-objeto é uma coisa, embora também seja a mãe ou parte dela.

A intercomunicação entre o lactente e a mãe-ambiente, sem dúvida, é sutil até certo ponto; o estudo disso nos envolveria tanto no estudo da mãe como no do lactente. Apenas tocarei de passagem nisso. Talvez para o lactente haja comunicação com a mãe-ambiente, trazida à evidência pela experiência de sua inconsistência. O lactente é perturbado, e isso pode ser tomado pela mãe como uma comunicação se a mãe puder se colocar na pele da criança, e se ela puder reconhecer a perturbação do lactente como estado clínico. Quando a sua *consistência* domina a cena pode-se dizer que o lactente se comunica simplesmente por continuar a existir, e por continuar a se desenvolver de acordo com os processos pessoais de maturação, mas isso dificilmente merece o nome de comunicação.

Voltando às relações objetais: à medida que o objeto se torna objetivamente percebido pela criança, assim também se torna significativo para nós contrastar a comunicação com um de seus opostos.

O objeto objetivamente percebido

O objeto objetivamente percebido gradativamente se torna uma pessoa com objetos parciais. Dois opostos na comunicação são:

1 – A não-comunicação simples.

2 – A não-comunicação que é ativa ou reativa.

É fácil entender o primeiro destes. Não-comunicação simples é como repousar. É um estado com identidade própria, passa à comunicação, e reaparece naturalmente. Para estudar o segundo, é necessário pensar em termos tanto de patologia como de normalidade. Abordarei a patologia primeiro.

Até aqui tomei como certo o ambiente facilitador, *a priori* ajustado às necessidades que surgem do ser e dos processos de maturação. Na psicopatologia de que necessito para minha discussão aqui, a facilitação falhou em algum aspecto e em algum grau, e o tema das relações objetais da criança desenvolveu um *split*. Através de uma metade do *split* o lactente se relaciona com o objeto como este se apresenta e para este propósito desenvolve o que chamei de falso *self* ou submisso. Com a outra metade do *split* o lactente se relaciona com o objeto subjetivo, ou com fenômenos simples baseados em experiências corporais, sendo estes dificilmente influenciados pelo mundo percebido objetivamente. (Clinicamente não vemos isso nos movimentos de balançar do autismo, por exemplo; e na pintura abstrata, que é uma comunicação sem saída, e que não tem validade geral nenhuma?)

Desse modo estou introduzindo a idéia de uma comunicação com o objeto subjetivo e ao mesmo tempo uma não-comunicação ativa com o que é percebido objetivamente pelo lactente; parece não haver dúvida de que, por toda a futilidade do ponto de vista do observador, a comunicação sem saída (comunicação com objetos subjetivos) tem toda a sensação de ser real. *Em contrapartida,* tal comunicação com o mundo como ocorre com o falso *self* não parece ser real; não é uma comunicação verdadeira porque não envolve o núcleo do *self*, aquele que poderia ser chamado de *self* verdadeiro.

Agora, ao estudar o caso extremo, chegamos à psicologia de uma doença grave, a esquizofrenia infantil; o que deve ser examinado, contudo, é o padrão de tudo isso tanto quanto pode ser encontrado em indivíduos mais normais, ou indivíduos cujo desenvolvimento não foi distorcido por falhas grosseiras do ambiente facilitador, e nos quais os processos de maturação tiveram uma oportunidade. É fácil de ver que no caso de doenças mais leves, em que há alguma patologia e alguma normalidade, pode-se esperar uma não-comunicação ativa (reclusão clínica) por causa do fato da comunicação se ligar tão facilmente com algum grau de relações objetais falsas ou submissas; a comunicação silenciosa ou secreta com objetos subjetivos, tendo-se uma sensação de ser real, precisa sobressair periodicamente para restaurar o equilíbrio. Estou pressupondo que normalmente (maturo, isto é, no que concerne ao desenvolvimento das relações objetais) nas pessoas há uma necessidade de algo que corresponda ao estado da pessoa *split* na qual uma parte do *split* se comunica silenciosamente com objetos subjetivos. Há lugar para a idéia de que o relacionamento e a comunicação significativas são silenciosas.

A normalidade real não precisa ser descrita somente em termos de resíduos nas pessoas normais do que poderiam ter sido padrões doentes. Deve-se ser capaz de fazer uma afirmação positiva do uso sadio da não-comunicação no estabelecimento do sentimento de realidade. Pode ser necessário, para assim fazê-lo, falar em termos de vida cultural do homem, que é o equivalente adulto dos fenômenos transitórios na infância e na meninice, em cuja área a comunicação é feita sem referência ao estado do objeto, de ser ou subjetivo ou percebido objetivamente. É minha opinião que o analista não tem outra linguagem para se referir aos fenômenos culturais. Ele pode falar sobre os mecanismos mentais do artista, mas não sobre a experiência de comunicação na arte e na religião, a menos que esteja querendo palmilhar a área intermediária cujo ancestral é o objeto transitório do lactente.

No artista podemos detectar, acho eu, um dilema inerente, que pertence à coexistência de duas tendências, a necessidade urgente de se comunicar e a necessidade ainda mais urgente de não ser decifrado. Isso nos faz contar com o fato de não podermos conceber o artista chegando ao fim da tarefa que ocupa sua natureza total.

Nas fases iniciais do desenvolvimento do ser humano, a comunicação silenciosa se relaciona com o aspecto subjetivo dos objetos. Isso se liga, penso eu, ao conceito de realidade psíquica de Freud e do inconsciente que não pode nunca se tornar consciente. Acrescentaria que há um desenvolvimento direto, na normalidade, desta comunicação silenciosa com o conceito de experiências internas que Melanie Klein descreveu de modo tão claro. Nas descrições de casos de Melanie Klein certos aspectos do brinquedo da criança, por exemplo, se revelam como sendo experiências "internas"; quer dizer, houve uma projeção a granel de uma constelação da realidade psíquica interna da criança, de modo que a sala e a mesa e os brinquedos são objetos subjetivos, e a criança e o analista estão ambos lá nessa amostra do mundo interno da criança. O que está fora da sala está fora da criança. Este é um terreno familiar em psicanálise, embora vários analistas o descrevam de modo diferente. Está relacionado ao conceito de "período de lua-de-mel" do início da análise e à claridade especial de certas horas iniciais. Relaciona-se à dependência na transferência. Reúne-se também ao trabalho que estou fazendo, na exploração completa das primeiras horas, em tratamentos breves de crianças, especialmente crianças anti-sociais para as quais uma análise em escala ampla não está disponível e talvez nem seja sempre recomendável.

Mas meu objetivo neste estudo não é me tornar clínico, mas 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 envolvido. 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.

Ao se pensar na psicologia do misticismo, é comum se concentrar na compreensão da reclusão mística no sentido de um mundo pessoal interno de introjetos sofisticados. Talvez não se tenha prestado atenção suficiente à reclusão mística a

uma posição em que se pode comunicar secretamente com fenômenos e objetos subjetivos, a perda do contato com o mundo da realidade compartilhada sendo contrabalançada por um ganho em termos de se sentir real.

Uma paciente sonhou: duas amigas eram oficiais aduaneiros no lugar onde a mulher trabalhava. Elas examinam todos os haveres da paciente e seus colegas com um cuidado absurdo. Ela então dirige um carro, por acidente, contra um painel de vidro.

Havia detalhes no sonho que revelavam que não apenas essas duas mulheres não tinham direito de estarem lá fazendo essa inspeção, mas também que estavam bancando as tolas pelo seu modo de examinar tudo. Ficou claro que a paciente fazia troça das duas mulheres. Elas não conseguiriam na verdade chegar a seu *self*. Elas personificavam a mãe que não permite a seu filho ter um segredo. A paciente disse que na meninice (nove anos de idade) ela tinha roubado o caderno em que colecionava poemas e provérbios, e nele escrevera "meu caderno secreto"; na primeira página escreveu: "um homem é aquilo que pensa em seu íntimo". Na verdade, sua mãe lhe tinha perguntado: "de onde você tirou esse pensamento?" Isso foi mau porque significou que a mãe dévia ter lido seu caderno. Estaria bem se a mãe o tivesse lido mas não tivesse dito nada.

Eis aí um quadro de uma criança estabelecendo um eu privado que não se comunica, e ao mesmo tempo querendo se comunicar e ser encontrada. É um sofisticado jogo de esconder em que *é uma alegria estar escondido mas um desastre não ser achado.* Um outro exemplo que não envolverá uma descrição tão profunda ou detalhada vem de uma entrevista diagnóstica com uma moça de dezessete anos. Sua mãe se preocupava muito com o fato de que a moça pudesse se tornar esquizofrênica, uma vez que essa era uma característica da família, mas no presente se poderia dizer que ela estava no meio de todos aqueles tormentos e dilemas que fazem parte da adolescência. Eis aqui um extrato do meu relatório da entrevista:

X. começou então a falar da irresponsabilidade gloriosa da meninice. Ela afirmou: "Você vê um gato e está com ele; é um sujeito, não um objeto".

Eu disse: "É como se você estivesse vivendo em um mundo de objetos subjetivos".

E ela disse: "É uma boa maneira de colocá-lo. É por isso que escrevo poesia. É este tipo de coisa que é a base da poesia."

Ela acrescentou: "É claro que é apenas uma teoria casual de minha parte, mas é como me parece, e explica por que mais homens escrevem poesias do que moças. Com moças tanta coisa se consegue cuidando de crianças ou tendo nenês, e daí a vida imaginativa e as irresponsabilidades que passam para as crianças."

Falamos então sobre as pontes a serem conservadas abertas entre a vida da imaginação e a existência do dia-a-dia. Ela tinha mantido um diário quando tinha doze anos e de novo quando tinha quatorze, cada vez, aparentemente, por um período de sete meses.

Ela disse: "Agora só escrevo coisas que sinto em poemas; na poesia algo se cristaliza", – e comparamos isto com a autobiografia que ela achava que fazia parte de uma idade posterior.

Ela disse: "Há uma afinidade entre a velhice e a meninice".

Quando ela necessita estabelecer uma ponte com a imaginação da meninice, isso tem que ser cristalizado em um poema. Ela ficaria entediada ao escrever uma autobiografia. Ela não publica seus poemas nem os mostra a ninguém porque, embora ela aprecie cada poema por algum tempo, logo perde interesse nele. Ela sempre foi mais capaz de escrever poemas do que seus amigos por causa de uma habilidade técnica que ela parece ter naturalmente. Mas ela não está preocupada com a pergunta: São os poemas realmente bons? Ou não? Isto é: pensariam outras pessoas que eles são bons?

Sugiro que normalmente há um núcleo da personalidade que corresponde ao eu verdadeiro da personalidade *split*; sugiro que este núcleo nunca se comunica com o mundo dos objetos percebidos, e que a pessoa percebe que não deve nunca se comunicar com, ou ser influenciado pela realidade externa. Este é meu ponto principal, o ponto do pensamento que é o centro de um mundo intelectual e de meu estudo. Embora as pessoas normais se comuniquem e apreciem se comunicar, o outro fato é igualmente verdadeiro, *que cada indivíduo é isolado, permanentemente sem se comunicar, permanentemente desconhecido, na realidade nunca encontrado*.

Na vida e vivendo, esse fato duro é amenizado por se compartilhar o que pertence a toda a gama da experiência cultural. No centro de cada pessoa há um elemento não-comunicável, e isto é sagrado e merece muito ser preservado. Ignorando por um momento as experiências ainda precoces e perturbadoras da falha da mãe-ambiente, eu diria que as experiências traumáticas que levam à organização das defesas primitivas fazem parte da ameaça ao núcleo isolado, da ameaça dele ser encontrado, alterado, e de se comunicar com ele. A defesa consiste no ocultamento ulterior do *self* mesmo no extremo de suas projeções e de sua disseminação infindável. Estupro, ser devorado por canibais, isso são bagatelas comparados com a violação do núcleo do *self* alteração dos elementos centrais do *self* pela comunicação varando as defesas. Para mim isto seria um pecado contra o *self*. Podemos compreender a raiva que as pessoas têm da psicanálise que penetrou um longo trecho personalidade humana adentro, e que provê uma ameaça ao ser humano em sua necessidade de ser secretamente isolado. A pergunta é: Como ser isolado sem ter que ser solitário?

Qual é a resposta? Devemos parar de tentar compreender os humanos? A resposta pode vir das mães que não se comunicam com os seus lactentes exceto na medida de serem objetos subjetivos. Ao tempo em que as mães se tornam percebidas objetivamente, seus bebês se tornaram mestres de várias técnicas de comunicação indireta, a mais óbvia das quais é o uso da linguagem. Há este período transitório, contudo, que me tem interessado especialmente, no qual objetos e fenômenos transitórios têm lugar, e começam a estabelecer o uso de símbolos para o lactente.

Sugiro que uma base importante para o desenvolvimento do ego se situa nesta área da comunicação do indivíduo com fenômenos subjetivos, que por si só dá o sentimento de real.

Nas melhores circunstâncias possíveis o crescimento tem lugar e a criança agora possui três linhas de comunicação: comunicação que *é para sempre silenciosa*, comunicação que é *explícita*, indireta e agradável, e esta terceira ou *intermediária* forma

de comunicação que se desvia do brinquedo no sentido da experiência cultural de vários tipos.

A comunicação silenciosa está relacionada ao conceito de narcisismo primário? Na pratica há algo que precisamos deixar para nosso trabalho, a não-comunicação do paciente como uma contribuição positiva. Devemos nos perguntar se nossa técnica permite ao paciente comunicar que ele ou ela não está se comunicando. Para isso acontecer nós analistas precisamos estar prontos para o sinal: "Não estou me comunicando", e sermos capazes de distingui-lo do sinal de tensão associado ao fracasso na comunicação. Há um elo aqui com a idéia de estar só na presença de alguém, de início um acontecimento natural na vida da criança, e mais tarde uma questão de aquisição da capacidade de reclusão sem perda da identificação com aquilo do que esta reclusão se originou. Isto aparece com a capacidade de se concentrar em uma tarefa.

Meu ponto principal foi estabelecido, e posso parar. Contudo, desejo considerar o que são os opostos da comunicação.

Opostos

Há dois opostos da comunicação, a não-comunicação simples e a não-comunicação ativa. Dito de outro modo, a comunicação pode simplesmente se originar da não-comunicação, como uma transição natural, ou a comunicação pode ser a negação do silêncio, ou a negação de uma não-comunicação ativa ou reativa.

No caso neurótico claro não há dificuldade, porque a análise completa é feita através do intermediário da verbalização. Tanto o paciente como o analista querem que seja assim. Mas é demasiado fácil para uma análise (onde há um elemento esquizóide oculto na personalidade do paciente) se tornar um conluio infinitamente prolongado do analista com o paciente para a negação da não-comunicação. Uma análise como esta se torna tediosa, por falta de resultado, a despeito do bom trabalho realizado. Em tal análise um período de silêncio pode ser a contribuição mais positiva que o paciente pode fazer, e o analista fica então envolvido num jogo de espera. Pode-se naturalmente interpretar movimentos e gestos de todos os tipos, e detalhes de comportamento, mas neste tipo de caso acho melhor que o analista espere.

Mais perigoso, contudo, é o estado de coisas na análise em que o analista é deixado, pelo paciente, atingir as camadas mais profundas da personalidade do analisando por causa de sua posição como objeto subjetivo, ou por causa da dependência do paciente da psicose de transferência; aí há perigo do analista interpretar, ao invés de esperar que o paciente descubra criativamente. É somente aqui, no lugar em que o analista ainda não mudou de objeto subjetivo para um que é objetivamente percebido, que a psicanálise é perigosa, e o perigo é tal que pode ser evitado se sabemos como nos comportar. Se esperamos nos tornamos percebidos objetivamente no devido tempo pelo paciente, mas se falhamos em nos comportar de modo que facilite o processo analítico do paciente (que é o equivalente ao processo maturativo do

lactente e da criança) subitamente nos tornamos não-eu para o paciente, e então sabemos demasiado, e ficamos perigosos porque estamos demasiado próximos na comunicação com o núcleo central quieto e silencioso da organização do ego do paciente. Por esta razão achamos conveniente, mesmo no caso do neurótico puro, evitar contatos fora da análise. No caso do paciente esquizóide ou *borderline*, este tema de como manejamos os contatos extratransferenciais se torna muito uma parte de nosso trabalho com o paciente.

Aqui se pode discutir o propósito da interpretação do analista. Tenho sempre sentido que uma função importante da interpretação é o estabelecimento dos *limites* da compreensão do analista.

Os indivíduos como isolados

Estou expondo e ressaltando a importância da idéia do *isolamento permanente do indivíduo* e proclamando que no núcleo do indivíduo não há comunicação com o mundo não-eu em nenhum sentido. Aqui a quietude está ligada à imobilidade. Isto leva aos trabalhos daqueles que se tornaram reconhecidos como grandes pensadores. Incidentalmente, quero me referir à revisão muito interessante de Michael Fordham do conceito de *self* como aparece nos trabalhos de Jung. Fordham escreve: "O fato geral permanece, que a experiência primordial ocorre na solidão". Naturalmente isto a que me refiro aparece no *The Inner World of Man*, de Wickes (1938), mas aqui não é sempre certo que uma distinção é sempre feita entre reclusão patológica e autocomunicação central normal (cf. Laing, 1961).

Entre analistas pode haver muitas referências à idéia de um centro "quieto, silencioso" da personalidade e à idéia da experiência primordial ocorrendo na solidão, mas os analistas não estão habitualmente preocupados com este aspecto da vida. Entre meus colegas talvez Ronald Laing seja o que mais deliberadamente estabelece o "tornar patente o *self* do lactente" junto com a timidez em se manifestar (cf. Laing, 1961, p. 117).

Este tema do indivíduo como um isolado tem sua importância no estudo da infância e da psicose, mas tem importância também no estudo da adolescência. O rapaz ou a moça na puberdade podem ser descritos de várias maneiras, e uma delas se refere ao *adolescente como um isolado*. Esta preservação do isolamento pessoal é parte da procura de uma identidade, e para o estabelecimento de uma técnica pessoal de comunicação que não leva à violação do *self* central. Esta deve ser uma razão pela qual os adolescentes em geral evitam o tratamento psicanalítico, embora estejam interessados nas teorias psicanalíticas. Eles sentem que pela psicanálise podem ser estuprados, não sexualmente, mas espiritualmente. Na prática o analista pode evitar confirmar os medos do adolescente a este respeito, mas o analista de um adolescente deve esperar ser testado completamente, e deve estar preparado para usar a comunicação de tipo indireto, e reconhecer a não-comunicação simples.

Na adolescência, quando o indivíduo está sofrendo as mudanças puberais e

não está ainda pronto para se tornar um membro da comunidade de adultos, há um fortalecimento das defesas contra o fato de ser descoberto, isto é, ser encontrado antes de estar lá para ser encontrado. O que é verdadeiramente pessoal, e que é sentido como real, deve ser defendido a todo o custo, mesmo que isso signifique uma cegueira temporária do valor da conciliação. Os adolescentes formam agrupamentos mais do que grupos, e por parecerem iguais enfatizam a solidão essencial de cada indivíduo. Pelo menos é o que me parece.

A tudo isso se junta a crise de identidade. Wheelis, que teve problemas com identidade, afirma claramente (1958) e cruamente o problema da escolha vocacional do analista, e liga isto a sua solidão e necessidade de intimidade que, no trabalho analítico, estão fadadas a não levarem a lugar algum. O analista que me parece mais profundamente envolvido com estes sistemas é Erik Erikson. Ele discute esse tema no epílogo de seu livro *Young Man Luther* (1958), e chega a esta frase "a paz vem do espaço interno" (isto é, não da exploração do espaço externo e tudo o mais).

Antes de terminar gostaria de me referir mais uma vez aos opostos que fazem parte da negação. Melanie Klein usou negação como conceito de defesa maníaca, na qual a depressão que existe é negada. Bion (1962a) se referiu a negações de certos tipos em seu estudo sobre pensar, e De Monchaux (1962) continuou com o tema em seu comentário ao estudo de Bion.

Se considero a idéia de vivacidade, tenho de levar em conta pelo menos dois opostos, um sendo a imortalidade como defesa maníaca e o outro sendo a simples ausência de vida. É aí que o silêncio é equacionado com a comunicação e a imobilidade com movimento. Ao utilizar esta idéia posso ir além de meu objetivo da teoria dos instintos de morte e de vida. Vejo que o que não posso aceitar é que a vida tenha a morte como seu oposto, exceto clinicamente na oscilação maníaco-depressiva e no conceito de defesa maníaca em que a depressão é negada e tomada em seu oposto. No desenvolvimento do lactente, viver se origina e estabelece a partir de não-viver e existir se torna um acontecimento que substitui o não-viver, assim como a comunicação se origina do silêncio. A morte só se torna significativa no processo vital do lactente quando chega o ódio, que ocorre em data posterior, distante dos fenômenos que utilizamos para construir a teoria das bases da agressão.

Por isso, para mim não tem utilidade unir a palavra morte com a palavra instinto, e ainda menos se referir a ódio e raiva pelo uso das palavras instinto de morte.

É difícil se chegar às raízes da agressão, mas não nos auxilia o uso de opostos como vida e morte, que nada significam no estágio de imaturidade que está em consideração.

O outro fato que quero fixar no final deste estudo é um oposto completamente diferente da vida ou da vivacidade. Este oposto não é atuante na maioria dos casos. Habitualmente a mãe de um lactente tem objetos internos vivos e o lactente se ajusta ao preconceito da mãe de uma criança *viva*. Normalmente a mãe não é deprimida ou depressiva. Em certos casos, contudo, o objeto central interno da mãe está morto durante o período crítico da infância inicial da criança, e seu estado de ânimo é o de depressão. Aí o lactente tem de se ajustar ao papel de objeto *morto* ou então tem de ser vivaz para contrabalançar o preconceito da mãe da idéia de estado de morte da

criança. Aí o oposto da vivacidade do lactente é *um fator antivida* derivado da depressão da mãe. A tarefa do lactente, em casos tais, é estar vivo e parecer vivo e comunicar o estar vivo; na verdade, este é o objetivo máximo de tal indivíduo que tem a si negado o que pertence a lactentes mais afortunados, a apreciação do que a vida e o viver trazem. Estar vivo é tudo. É um esforço constante, chegar ao ponto inicial e aí se manter. Não é de admirar que haja pessoas que façam uma questão especial de viver e que se voltem para a religião (penso que os dois livros de Ronald Laing [1960, 1961] tentam conceituar o fator desta natureza com o que muitos têm de se ver por causa da anormalidade do ambiente). Num desenvolvimento normal o lactente (teoricamente) se inicia (psicologicamente) sem vida e adquire esta simplesmente por estar, de fato, vivo.

Como já disse, em um estágio mais precoce este estar vivo é a comunicação inicial do lactente com a figura materna, e é tão inconsciente quanto possa ser. A vivacidade que nega a depressão materna é uma comunicação designada para satisfazer o que se espera dela. A vivacidade da criança cuja mãe está deprimida é uma comunicação de natureza tranqüilizadora e é uma desvantagem artificial e intolerável ao ego imaturo em sua função de integração e maturação em geral de acordo com o processo hereditário.

Resumo

Tentei descrever a necessidade que temos de reconhecer este aspecto da normalidade: o eu central que não se comunica, para sempre imune ao princípio da realidade e para sempre silencioso. Aí a comunicação é não-verbal; é como música das esferas, absolutamente pessoal. Pertence ao estar vivo. E normalmente, é daí que se origina a comunicação.

A comunicação explícita é agradável e envolve técnicas extremamente interessantes, inclusive a da linguagem. Os dois extremos, a comunicação explícita que é indireta e a comunicação pessoal e silenciosa que é sentida como real, cada uma tem seu lugar, e na área cultural intermediária existe para muitos, porém não para todos, um modo de comunicação que é uma conciliação extremamente valiosa.

Treinamento para psiquiatria de crianças[1] (1963) 18

Achei muito difícil escrever este estudo. A razão, acredito eu, é que nesta discussão não estamos preocupados nem com verdade científica nem com verdade poética.

Na verdade, o que tenho a dizer *deve* ter sido influenciado pela história de meu próprio desenvolvimento, *deve* estar de acordo com meus preconceitos e sentimentos sobre alguns temas-chave e deve ser uma afirmação subtotal de acordo com a visão limitada da experiência de um único homem.

Desejo simplesmente afirmar que o trabalho que fazemos, e que no presente se denomina Psiquiatria Infantil, é uma especialidade individualizada. Se mantemos o termo "Psiquiatria Infantil", precisamos ser claros que não se trata de parte da Psiquiatria Geral.

Explorarei a relação de nosso trabalho com o das especialidades vizinhas e tentarei fazer algumas sugestões positivas.

O treinamento de psiquiatras de crianças depende de nossos pontos de vista sobre a natureza do trabalho que realizamos e farei um apelo em favor da manutenção da variedade dos modos de acesso a ele. Particularmente, não planejemos demais, excluindo a possibilidade de acesso à Psiquiatria Infantil através da Pediatria.

Presumo que no *Child Guidance Training Centre* e na *Tavistock Clinic* e no *Maudsley Child Psychiatry Department* estão sendo feitas as mesmas perguntas que faço neste estudo. Recentemente houve uma discussão deste tema na *Tavistock Clinic* e os que estavam presentes concordaram que o terreno foi muito bem explorado na ocasião.

1 – Contribuição ao simpósio publicado pela primeira vez no *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 4, p. 85-91.

Que é Psiquiatria Infantil?

A pergunta que se deve fazer primeiro é: que é Psiquiatria Infantil? Na Psiquiatria Infantil o trabalho é essencialmente prático. Encontramos um desafio em relação a cada caso. Em termos de conseguir melhora clínica podemos falhar, mas muitas vezes temos êxito. Fracasso real pode ser conceituado em termos de *falha em enfrentar o desafio do caso*. Por esta razão a parte de nosso trabalho que é feita privadamente e à parte do trabalho em equipe nos revela mais do que este último no sentido de que a necessidade em cada caso é a de alguém encontrar alguém em nível profundo. É aceito geralmente que a discussão de casos não tem valor, a menos que alguém leve depois para um relacionamento pessoal a nova compreensão que a discussão nos trouxe. Compreensão nova de per si não realiza nada.

A base da maior parte do trabalho do psiquiatra de crianças é a entrevista psicoterapêutica com a criança. Se não tiver habilidade para isso e não for a pessoa adequada para estabelecer contato com a criança desta maneira, não pode nem sequer fazer um diagnóstico, muito menos saber como modificar uma situação fixada ou entender o que os outros membros da equipe estão fazendo. Um esquema de treinamento deve levar isto em conta.

Do mesmo modo o psiquiatra de crianças está empenhado em trabalhar com os pais. Ou pode ser que esteja à procura de um plano que possibilitaria à mãe, ou ao pai, ou a alguém *in loco parentis* prover um ambiente adequado para a criança durante a fase de dificuldades. A teoria por trás disso é que a provisão ambiental adequada facilita o processo interno de maturação.

Muitas vezes nos vemos fazendo diagnóstico de normalidade, ou saúde, diante da existência indiscutível de sintomas da criança desenvolvendo relacionamentos com seu *self*, com os pais, com a unidade familiar e com o ambiente em geral. Saúde é quase sinônimo de maturidade – maturidade apropriada à idade.

Classificação

Acho que não é possível estabelecer uma conceituação abrangente de nosso trabalho; ao invés, tentarei uma classificação em linhas gerais.

Casos manifestando:

a) Dificuldades inerentes no desenvolvimento emocional do indivíduo.

Fatores ambientais desfavoráveis ou mesmo prejudiciais.

Sintomatologia baseada na organização de defesas relacionadas com dificuldades inerentes associadas a falhas ambientais.

Doença baseada na falha de defesas e na reorganização de novas defesas.

b) Doença associada ou secundária a doença física.

c) Problemas que nos levam às especialidades próximas (Pediatria, Neurologia, Psiquiatria de adultos, Obstetrícia).

d) Doença envolvendo a sociedade: a tendência anti-social.

Cooperação com procedimentos legais.

e) Problemas que necessitam a atenção do especialista em Educação.

Um psiquiatra de crianças deve ter qualificação médica e deve ter *trabalhado* como médico, porque ele terá de assumir responsabilidades pela vida e pela morte, e por suicídio eventual que certamente aparecerá em seu caminho. De que mais precisa, como acréscimo? A primeira resposta, naturalmente, é de que ele necessita de oportunidade para experiência. (Aqui tive sorte, porque como médico em *The Queen's* [atualmente *Queen Elizabeth*] *Hospital for Children* por dez anos e no *Paddington Green Children's Hospital* de 1923 até hoje, tinha meu próprio departamento médico, que podia utilizar como quisesse. Hector Cameron teve a mesma sorte. Mas deve ser raro para a maioria ter tal oportunidade de chegar à Psiquiatria Infantil de maneira lenta e natural.) A moral aqui é que devemos planejar permitir àqueles que queiram se especializar como nós terem a oportunidade de se desenvolver em seu próprio ritmo. Se, por outro lado, o psiquiatra de crianças que está iniciando é requisitado imediatamente para lecionar, então ele deve ensinar o que outros disseram e não o que ele próprio descobriu, o que é uma pena.

A base para a Psiquiatria Infantil

Exporei o tema principal sem mais delongas. Abordá-lo-ei do seguinte modo: O psicólogo educacional conta com a educação como base e me alegro que assim seja; complementa seu processo de aprendizado, dá-lhe *status* e cuida de suas finanças. Pois bem, quem deve apoiar aqueles que estão envolvidos com a clínica? As universidades desconfiam da aplicação prática da Psicologia às coisas humanas, especialmente quando seres humanos necessitam de auxílio; também desconfiam da Psicologia que não se mantém dentro dos cânones acadêmicos e evita trabalhar com o inconsciente dinâmico.

Os assistentes sociais de várias categorias lutam por se estabelecer como uma categoria profissional. Que dizer dos Psiquiatras de crianças? Quem deveria lhes dar apoio (exceto pelo que recebem automaticamente por sua qualificação médica?)

Precisamos considerar apenas dois tipos de base, Pediatria e Psiquiatria, e se pode dizer que em cada caso temos sido tão desapontados que já não podemos cogitar de nada que não seja autonomia. O fato de nosso presidente ser um pediatra pode ser perfeitamente encarado como indicativo de que existem pediatras esclarecidos que não são apenas nossos simpatizantes mas também que nos apóiam de modo ativo. Também no *Paddington Green* e no *St. Mary's* (desde que nos contratou) tenho sido tratado com generosidade e grande afabilidade. Mas não devo permitir que minha sorte me torne cego à posição geral sobre isso. Os pediatras têm falhado como figuras paternas para a Psiquiatria Infantil, bem como os psiquiatras.

Referir-me-ei primeiro à Psiquiatria de adultos e depois à Pediatria e então tentarei formular algo positivo.

Psiquiatria

Quanto pode ser delegado à Psiquiatria Geral na tarefa de representar a Psiquiatria de crianças no nível de planejamento? Sugiro que o psiquiatra geral não está habitualmente a par do que a Psiquiatria Infantil é ou realiza. Se é assim, como pode ele representar a Psiquiatria Infantil? Há naturalmente várias áreas de superposição entre a Psiquiatria Geral e a Infantil. Quem pode dizer se uma deficiência mental é psiquiátrica, neurológica ou pediátrica? Não há necessidade de se decidir isso. Além disso a adolescência é gradualmente absorvida pela idade adulta, de modo que a Psiquiatria Infantil se superpõe à Psiquiatria de adultos quando os pacientes ficam presos ao estágio em que os tédios da adolescência se resolvem normalmente. Além disso, pais ou figuras paternas têm de ser encarados freqüentemente como doentes no sentido psiquiátrico; e síndromes psiquiátricas de tipo adulto aparecem periodicamente na clínica psiquiátrica infantil. Haverá sempre uma proporção dos que entram para a Psiquiatria de crianças que se graduam primeiro em Psiquiatria de adultos e não gostaria de ver isso alterado. De qualquer modo precisamos de psiquiatras de adultos para nos cuidar quando começamos a declinar de modo inapropriado. Mas quero expressar a opinião de que para nós a Psiquiatria de adultos se interessa por problemas alheios aos nossos. Se seu filho quer entrar para a Psiquiatria Infantil, se você o aconselha a se tornar primeiro um psiquiatra de adultos você o está aconselhando a desperdiçar muito tempo que poderia ser melhor empregado em Pediatria.

Não é verdade que a Psiquiatria de adultos se originou do interesse por pessoas que tinham cérebros lesados ou que se pensava terem uma doença física ou herdada? Não é verdade que a Psiquiatria de adultos se aferrou à Bioquímica e à Neurofisiologia das doenças mentais, às custas, neste país, do estudo da contribuição que se poderia ter através da cooperação com a Psicologia dinâmica? Isto é compreensível em vista do fato de que o psiquiatra de adultos tem de lutar contra a enorme carga dos insanos degenerados e contra o problema quase insolúvel de suas necessidades de enfermagem. Mas estas mesmas considerações tornam necessário para a Psiquiatria Infantil se separar da Psiquiatria de adultos, especialmente no que se refere ao treinamento.

Áreas de interesse

A Psiquiatria de adultos se ocupa com dois tipos de problemas:

a) Distúrbios mentais secundários a tendências hereditárias, a deficiências dos tecidos cerebrais, à doença do tecido cerebral, a doenças degenerativas sistêmicas, tais como a arteriosclerose, que eventualmente afetam o cérebro.

b) Distúrbios da mente que são evidências *tardias* de tensão emocional precoce.

Nesta segunda categoria pode ser incluída a maioria dos casos de Psiquiatria de adultos e aí os psiquiatras de adultos *sempre chegam tarde demais* ao cenário. Em todos esses últimos casos a doença se iniciou na infância ou na meninice precoce. O pediatra era o médico que estava naturalmente envolvido na época de tensão máxima, mas felizmente, para a sua paz de espírito, ele não sabia. Se soubesse, teria pedido auxílio ao psiquiatra de crianças, e uma proporção de casos dos psiquiatras de adultos seriam fracassos terapêuticos dos departamentos de Pediatria e Psiquiatria de crianças combinados. Nossos êxitos conseguem evitar chegar ao departamento de Psiquiatria de adultos.

A Psiquiatria de crianças se ocupa:

a) Do desenvolvimento da personalidade e do caráter do indivíduo na *normalidade*, em vários padrões familiares e sociais;

b) Dos distúrbios do desenvolvimento emocional em seu início e nos estágios mais precoces, quando as defesas estão em processo de se enrijecer em síndromes, e de como estas se entrelaçam com a provisão e reação do ambiente.

A grande maioria de nossos casos pode ser tratada satisfatoriamente como problemas clínicos, e cada melhora que iniciamos se expande em uma melhora maior, porque nossos pacientes estão imaturos e o processo de crescimento pode então ser liberado. Dificilmente nos defrontamos com doenças devidas à degeneração de tecidos e isso nos distingue da Psiquiatria de adultos. Além disso, podemos contar com os pais, geralmente, para prover ao paciente o cuidado no lar ou o hospital psiquiátrico pela sua adaptação às necessidades da criança em casa.

A Psiquiatria e a teoria do desenvolvimento da personalidade

Enquanto estou explorando esta área quero dizer que pessoalmente não fico impressionado quando examino a contribuição feita pela Psiquiatria de adultos à compreensão dos processos de desenvolvimento que levam ao crescimento da personalidade e ao estabelecimento do caráter. Diz-se que a prática da Psiquiatria avançou muito nos últimos trinta anos, mas algumas coisas negativas também poderiam ser citadas: Aqui me permito expressar algumas opiniões pessoais. Com o abandono da palavra asilo se tornou quase impossível para um paciente psiquiátrico encontrar asilo, a menos que seja talvez em um estabelecimento religioso. Além disso, o tratamento por eletrochoque produz melhora clínica em muitos casos, mas acrescentou algo à compreensão de como se desenvolvem as doenças ou como o tratamento leva a mudanças? Talvez, ao administrar eletrochoque o médico auxilie o paciente a cometer suicídio sem morrer. E no decurso de uma terapia convulsiva, a raiva ao tratamento que o paciente desenvolve, isto é, raiva sem assassinato, pode produzir uma valiosa integração de uma personalidade desintegrada. Mas se há verdade nessas teorias ela não vem da Psiquiatria. Finalmente, na série de minhas queixas pessoais, o tratamento pela leucotomia *realmente me chocou* e me trouxe uma desconfiança em relação à Psiquiatria de adultos da qual não espero me recobrar. Na leucotomia, que por sorte já não é usada, só posso ver o delírio de insanidade do paciente coincidindo com o delírio da parte do médico.

Talvez poucos compartilhem destes preconceitos pessoais meus. Há uma relutância da parte de um cão para comer outro cão e da parte de médicos para criticar colegas. Há momentos, contudo, em que precisamos criticar e esperar ser criticados, e podemos fazê-lo dentro de um contexto de respeito de um por outro como pessoas.

Alegro-me de nunca ter trabalhado em hospital psiquiátrico onde tivesse que fazer estas coisas horríveis. Não poderia tê-las feito e teria retornado à Pediatria física, onde tive imenso prazer de trabalhar. Contudo, teria então deixado passar muito do que valorizo na prática da Psiquiatria Infantil.

Pediatria

Abordarei agora o tema da Pediatria. Como se sabe, meu preconceito é no sentido da Pediatria como campo natural de treinamento para a Psiquiatria Infantil. A Pediatria proporciona ao estudante e ao médico a melhor oportunidade de conhecer de verdade os pacientes pediátricos e seus pais. Se os pediatras quiserem, podem ser psiquiatras de crianças mesmo sem sabê-lo. O pediatra tem de estar integralmente equipado para lutar contra emergências físicas e isto o coloca em uma posição muito sólida no controle das relações médico-paternas; sob o pretexto da alimentação do lactente o pediatra pode, se se interessa por isso, auxiliar a mãe na delicada tarefa de apresentar o mundo ao bebê e assim lançar as bases para a saúde mental da criança, que é o negativo dos distúrbios mentais tratados em hospital. Foi praticando pediatria que me dei conta do valor terapêutico da obtenção da história e descobri o fato de que isto provê a melhor oportunidade de tratamento, desde que a obtenção da história não seja feita com o propósito de coletar fatos. A psicanálise para mim é uma vasta extensão da obtenção da história, com a terapêutica como subproduto.

Continuei através de minha carreira a acreditar na Pediatria como a base apropriada da Psiquiatria de crianças, e a principal coisa que quero dizer neste estudo é que em qualquer planejamento a ser feito o caminho deve ser deixado aberto para o médico que deseje vir para a Psiquiatria Infantil através da Pediatria. Quero dizer, a prática da Pediatria, por uma década. Se for obrigado a se submeter ao treinamento de Psiquiatria de adultos, se tiver de obter um D.P.M.[2] então precisará inevitavelmente deixar de ser um pediatra atuante no sentido estrito do termo. Há tanto para ser aprendido e *vivenciado na prática* da Pediatria que não é possível abarcar outra especialidade como a Psiquiatria, que tem tanto em si que não se relaciona com lactentes ou crianças.

Eu me aferro a este ponto de vista a despeito do fato de que os pediatras falharam em desempenhar o seu papel em relação à Psiquiatria Infantil. Vinte e cinco anos foram desperdiçados desde que os responsáveis pela Pediatria neste país tomaram conhecimento da idéia de que a Psiquiatria Infantil é metade da Pediatria. Pediatras oficiais têm deliberadamente evitado o assunto, e agora nada se ganhará se

2 – Diploma em Medicina Psicológica *(Diploma of Psychological Medicine)*.

se esperar mais tempo para que a Psiquiatria Infantil se torne irmã gêmea da Pediatria Física. Isto poderia ter sido feito, mas não o foi.

A identidade da Psiquiatria Infantil

Está aberta à Psiquiatria Infantil a possibilidade de dar preferência a pediatras e requisitar experiência e treinamento pediátrico. A única solução para a Psiquiatria Infantil é se tornar uma entidade com identidade própria e estabelecer seu próprio treinamento. Gostaria de perguntar se o professor de Pediatria já se encontrou com o professor de Psiquiatria para discutir a questão de haver um dia um professor de Psiquiatria Infantil.

Mas, e este é um tremendo mas, às vezes os pediatras tendem a pensar que eles podem simplesmente mudar para Psiquiatria Infantil ao mudar, por exemplo, o nome de "Pediatria" para "Saúde Infantil". Claro que isso é impossível. Se se passam para a Psiquiatria Infantil precisam estar preparados para se reorientar e renunciar a muito do poder que exerciam como pediatras físicos.

LUGAR DA PSICANÁLISE

Isto leva ao tema da relação entre Psiquiatria Infantil e Psicanálise e serei breve por acreditar que não se pretende que isto se torne o tema principal desta reunião. Mas não posso evitar o tema. Comprometido como estou com a idéia de que a Pediatria é a melhor preparação possível para a Psiquiatria Infantil, tenho de passar imediatamente à afirmação de que a preparação realmente necessária para a Psiquiatria Infantil (seja de pediatras ou psiquiatras) é o *treinamento psicanalítico*. É importante para mim que o que tenho a dizer é em geral reconhecido atualmente, conquanto há poucos anos atrás fosse realmente revolucionário. Na minha experiência é um *trunfo* quando um candidato requer um posto em Psiquiatria Infantil se ele é um analista ou foi aceito como estudante no Instituto de Psicanálise (para os propósitos desta discussão devo aqui incluir o treinamento de acordo com Jung, a despeito das grandes diferenças que se pode encontrar entre as duas disciplinas, se procuramos por elas). Muitos psiquiatras de crianças atualmente na direção de clínicas completaram um desses programas de treinamento. É claro que isso não significa que o treinamento psicanalítico equipa o candidato para a Psiquiatria Infantil; ele apenas se refere ao treinamento para a psicanálise de adultos ou crianças. Mas inclui o ensino da teoria do desenvolvimento da criança, que é dinâmica, e que pode ser aplicada. Algumas instituições que vão além e treinam em Psiquiatria Infantil, como por exemplo a *Tavistock Clinic,* insistem mais ou menos no treinamento psicanalítico; em outras é comum, e a *Hampstead Clinic* da Srta. Freud, onde psicoterapeutas leigos podem receber treinamento, é naturalmente orientada para a Psicanálise e as teorias que fazem parte da mesma.

Minha tese é que um pediatra que é capaz de assumir responsabilidade por seus casos tem uma ótima oportunidade para se desenvolver como psiquiatra de crianças se, ao mesmo tempo em que está adquirindo experiência no aspecto físico, for capaz de fazer o treinamento psicanalítico.

SELEÇÃO

Isso tudo se liga à idéia de seleção.

O importante no treinamento de Psicanálise é a análise pessoal do candidato. Para os propósitos deste estudo, gostaria de considerar essa análise pessoal como parte da seleção. O treinamento psicanalítico se dá depois da *seleção*, e o processo de seleção é levado muito a sério. Primeiro há a auto-seleção; depois há a seleção; e então há uma nova auto-seleção, que ocorre com a análise do próprio paciente. Com relação à Psiquiatria Infantil é essencial que uma seleção cuidadosa, de acordo com a personalidade, saúde e maturidade do candidato, seja feita por uma comissão responsável. O ponto crucial da questão é: quem deverá selecionar e continuar selecionando e ter o direito de recusar um candidato à Psiquiatria Infantil? Esta é uma importante contribuição que pode ser feita pelo Instituto de Psicanálise. Não podemos estar certos, por exemplo de que o médico que você certamente chamaria para cuidar de seu filho em uma emergência física, ou o psiquiatra a quem encaminharia sua mãe ou irmão, seria aquele que você selecionaria para praticar Psiquiatria Infantil. Este é um assunto cheio de dificuldades, mas a idéia de que deve haver um acesso à Psiquiatria Infantil livre de seleção é uma perspectiva muito pior do que poderia ser a de psiquiatras de crianças que não obtiveram o Diploma de Medicina Psicológica ou não trabalharam em um hospital psiquiátrico.

Conclusão

Antes de mais nada, estabeleçamos a Psiquiatria Infantil como tendo identidade própria; depois, então, permitamos que psiquiatras de adultos continuem a entrar no ramo da Psiquiatria Infantil se estiverem querendo estudar o desenvolvimento físico e emocional do lactente e da criança e se submeter a um treinamento psicanalítico que inclua um processo de seleção e análise pessoal. Permitamos também que os pediatras tenham a mesma oportunidade, com os mesmos pré-requisitos. Mas isto não pode ser feito sem a ativa cooperação da Psiquiatria oficial e da Pediatria oficial, uma vez que é necessário auxílio financeiro para o treinamento analítico. Além disso, deve se facilitar intencionalmente ao pediatra, psiquiatra ou psiquiatra de crianças o enorme esforço necessário para inserir o treinamento analítico dentro do trabalho de tempo integral, que proporciona a segurança básica necessária para iniciar um lar e uma família.

Resumo

A Psiquiatria Infantil é uma especialidade com identidade própria, enquanto que a Psiquiatria Geral se ocupa com processos degenerativos e fenômenos neurológicos que não são importantes para um departamento de Psiquiatria Infantil médio. A Psiquiatria Infantil se ocupa com o desenvolvimento emocional da criança e com a interferência com os processos de maturação que se originam no ambiente e de conflitos internos à criança. Isto torna a Psiquiatria Infantil aparentada com a Pediatria.

O psiquiatra geral e o pediatra necessitam de treinamento adicional do tipo proporcionado pela Psicanálise e pela Psicologia Analítica. Estes institutos também proporcionam o mecanismo de seleção.

Sempre haverá aqueles que chegam à Psiquiatria Infantil da Psiquiatria Geral, mas é importante se conservar uma rota aberta através da Pediatria.

Psicoterapia dos distúrbios de caráter[1] (1963) 19

Embora o título escolhido para este trabalho seja "Psicoterapia dos Distúrbios de Caráter", não é possível evitar a discussão do significado da expressão "distúrbios de caráter". Como observa Fenichel (1945, p. 539):

"Pode-se perguntar se há alguma análise que não seja 'análise do caráter'. Todos os sintomas são a externalização de atitudes específicas do ego, que na análise aparecem como resistências e que se desenvolveram na vigência de conflitos infantis. Isto é verdade. E até certo ponto, realmente, todas as análises são análises do caráter."

E novamente:

"Os distúrbios de caráter não formam uma unidade nosológica. Os mecanismos subjacentes aos distúrbios de caráter podem ser tão diferentes como os mecanismos subjacentes às neuroses sintomáticas. Desse modo, um caráter histérico será tratado mais facilmente do que um compulsivo, e um compulsivo, mais facilmente do que um narcisístico."

Fica claro que o termo ou é demasiado amplo para ter utilidade ou então terei de empregá-lo de modo especial. Neste último caso preciso indicar como farei o emprego deste termo, neste estudo.

Inicialmente, haverá confusão a menos que se reconheça que há três termos: caráter, bom caráter e distúrbio de caráter, trazendo à mente três fenômenos muito diferentes, sendo artificial se ocupar de todos os três ao mesmo tempo, ainda que os três sejam inter-relacionados.

Freud escreveu (1905b) que "um caráter razoavelmente estável" é um dos pré-requisitos para uma análise bem sucedida (Fenichel, 1945, p. 537); mas se estamos

1 – Proferida no 11º Congresso Europeu de Psiquiatria Infantil, Roma, maio-junho de 1963.

considerando *instabilidade* na personalidade, Fenichel pergunta: pode esta instabilidade ser tratada? E bem que poderia ter perguntado: e qual é sua etiologia?

Quando considero distúrbios de caráter me vejo considerando *pessoas inteiras* Há neste termo a implicação de um grau de integração, por si só sinal de higidez psiquiátrica.

As apresentações que me precederam muito nos ensinaram, e fortaleceram em mim a idéia de caráter como algo que faz parte da integração. Caráter é uma manifestação de integração bem sucedida e um distúrbio de caráter é uma distorção da estrutura do ego, com a integração, não obstante, mantida. Talvez seja bom lembrar que a integração tem um fator temporal. O caráter da criança se forma sobre a base de um processo de desenvolvimento contínuo, e sob este aspecto a criança tem um passado e um futuro.

Pareceria proveitoso se empregar o termo distúrbio de caráter na descrição da tentativa da criança de acomodar suas deficiências ou anomalias de desenvolvimento. Presumimos sempre que a estrutura da personalidade é capaz de tolerar a tensão da anormalidade. A criança precisa se ajustar ao padrão pessoal de ansiedade, compulsão, humor ou suspeita, etc., e também relacionar isto com as exigências e expectativas do ambiente imediato.

Na minha opinião o valor do termo pertence especificamente à descrição da distorção da personalidade que se evidencia *quando a criança necessita acomodar algum grau de tendência anti-social.* Daí decorre a conceituação de meu emprego deste termo.

Estou empregando estas palavras que permitem focar nossa atenção não tanto no comportamento como nas origens do mau comportamento, que se estendem sobre toda a área entre a normalidade e a delinqüência. A tendência anti-social pode ser examinada em vosso próprio filho normal que aos dois anos de idade tira uma moeda da bolsa de sua mãe.

A tendência anti-social sempre se origina de uma *privação* e representa o pedido da criança para voltar à época anterior à privação, ao estado de coisas que conseguia quando tudo ia bem. Não posso desenvolver este tema aqui, mas isto que chamo de tendência anti-social deve ser mencionado porque é verificado regularmente na dissecção de distúrbios de caráter. A criança, ao acomodar a tendência anti-social que carrega, pode ocultá-la, desenvolver uma formação reativa contra ela, se tornando um moralista, pode desenvolver uma querela e adquirir um caráter lamuriento, pode se especializar em devaneios, mentira, atividade masturbatória crônica média, enurese noturna, chupar o dedo compulsivamente, esfregar as coxas, etc. ou pode periodicamente manifestar a tendência anti-social (que é sua) como *distúrbio de conduta.* Este último está sempre associado à esperança, e é ou da natureza do roubo, ou atividade agressiva ou destruição. É compulsivo.

Distúrbio de caráter, portanto, conforme meu modo de ver, se relaciona mais significativamente à distorção da personalidade *intacta* que resulta dos elementos anti-sociais existentes nela. É o elemento anti-social que determina o envolvimento da sociedade. A sociedade (a família da criança e assim por diante) necessita responder ao desafio e precisa *gostar ou desgostar* do caráter ou distúrbio de caráter.

Eis aqui, portanto, o início de uma descrição:

Distúrbios de caráter não são esquizofrenia. Nos distúrbios de caráter há doença oculta na personalidade intacta. Os distúrbios de caráter de certo modo e em certo grau envolvem a sociedade ativamente.

Os distúrbios de caráter podem ser divididos de acordo com:

Êxito ou fracasso por parte do indivíduo na tentativa da personalidade total ocultar a doença. Êxito aqui significa que a personalidade, embora empobrecida, se tornou capaz de socializar a distorção de caráter e descobrir ganhos secundários ou se acomodar ao padrão social.

Fracasso significa que o empobrecimento da personalidade acarreta consigo falhas no estabelecimento de uma relação com a sociedade como um todo, por causa do elemento oculto da doença.

Na verdade, a sociedade tem seu papel na determinação do destino de uma pessoa com distúrbio de caráter, e o faz de vários modos. Por exemplo:

A sociedade tolera a doença do indivíduo até certo grau.

A sociedade tolera a falta de contribuição do indivíduo.

A sociedade tolera ou até mesmo aprecia distorções na maneira do indivíduo contribuir.

ou

A sociedade aceita o desafio da tendência anti-social de um indivíduo, sendo sua reação motivada por:

1 - Vingança

2 - Desejo de socializar o indivíduo

3 - Compreensão e aplicação da compreensão à prevenção.

O indivíduo com distúrbio de caráter pode sofrer de:

1 - Empobrecimento da personalidade, sentimento de queixa, irrealidade, percepção da falta de um propósito sério, etc.

2 - Falha na socialização.

Eis aí, pois, a base para a psicoterapia, uma vez que a psicoterapia diz respeito ao *sofrimento* do indivíduo e sua necessidade de ajuda. Mas este sofrimento, no distúrbio de caráter, faz parte apenas dos estágios iniciais da doença do indivíduo; os ganhos secundários rapidamente assumem o comando, diminuem o sofrimento e interferem no empenho do indivíduo em procurar por ou aceitar o auxílio que se ofereça.

Deve-se reconhecer que no que concerne ao "êxito" (distúrbio de caráter oculto e socializado) *a psicoterapia torna o indivíduo doente*, porque a doença se situa entre a defesa e a saúde do indivíduo. Em contraste, no que concerne ao ocultar "malsucedido" do distúrbio de caráter, embora possa haver um impulso inicial no indivíduo para procurar ajuda em um estágio inicial, por causa das reações da sociedade, este motivo não leva o indivíduo necessariamente ao tratamento da doença mais profunda.

A chave para o tratamento de distúrbios de caráter é dada pela parte que o ambiente exerce no caso de *curas naturais.* Nos casos leves, o ambiente pode "curar", porque a causa era uma falha ambiental na área de auxílio ao ego e proteção em um estágio de dependência individual. Isto explica por que crianças são regularmente "curadas" de distúrbios de caráter incipientes no decurso do próprio desenvolvimento da meninice, simplesmente ao se utilizar a vida no lar. Os pais têm uma segunda e uma terceira oportunidade de criar seus filhos a despeito de falhas em seu manejo (a maioria das quais inevitável) nos estágios iniciais, quando a criança é extremamente dependente. A vida familiar é o local, portanto, que oferece a melhor oportunidade para investigação da etiologia do distúrbio de caráter; e na verdade é na vida familiar, ou sua substituta, que o *caráter* da criança está sendo construído de modo positivo.

Etiologia dos distúrbios de caráter

Ao considerar a etiologia dos distúrbios de caráter, é necessário considerar como certos os processos de maturação na criança, a área do ego livre de conflito (Hartmann), o movimento propulsivo impulsionado pela angústia (Klein) e a função do ambiente que favorece o processo maturativo. A provisão ambiental deve ser suficientemente "boa" para que a maturação se torne um fato no caso de cada criança.

Com isto em mente, pode-se afirmar que há dois extremos de distorção e que estes se relacionam com o estágio de maturação do indivíduo em que a falha ambiental excedeu realmente a capacidade do ego para organizar defesas:

Em um extremo fica o ego ocultando a formação de sintomas *neuróticos* (erigidos contra a ansiedade que faz parte do complexo de Édipo). Aqui a doença oculta é uma questão de conflito no inconsciente do indivíduo.

No outro extremo fica o ego ocultando a formação de sintomas *psicóticos* (*splitting*, dissociações, descarrilhamento da realidade, despersonalização, regressão, dependência onipotente, etc.) Aqui a doença oculta está na estrutura do ego.

Mas a questão do envolvimento essencial da sociedade não depende da resposta à pergunta: é a doença oculta neurótica ou psicótica? Na verdade, nos distúrbios de caráter há este outro elemento, a percepção correta do *indivíduo* na época da meninice inicial de que tudo ia bem ou suficientemente bem e que então deixou de sê-lo. Dito de outro modo, que ocorreu em certo período ou fase do desenvolvimento uma falha real de apoio ao ego que deteve o desenvolvimento emocional do indivíduo. Uma reação nesse indivíduo a esse distúrbio tomou o lugar do desenvolvimento, simplesmente. O processo de maturação ficou contido por causa de uma falha do ambiente facilitador.

Esta teoria dos distúrbios de caráter, se correta, leva a uma nova conceituação dos distúrbios de caráter em seu início. O indivíduo nesta categoria é sobrecarregado com duas cargas distintas. Uma delas, naturalmente, é a carga crescente de um processo de maturação perturbado e em certos aspectos detido ou adiado. O outro é a esperança, uma esperança que nunca se extingue completamente, de que o meio tome conhecimento e o compense pela falha específica que acarretou o dano. Na vasta maioria dos casos, os pais, a família ou os responsáveis pela criança reconhecem o fato da decepção (freqüentemente inarredável) e através de um período de manejo es-

pecial, mimando, ou o que poderia ser denominado de amamentar mental, tentam conduzir a criança para uma recuperação do trauma.

Quando a família não conserta suas falhas, a criança prossegue com certas deficiências, ocupando-se de

1 – organizar-se para viver uma vida a despeito da detenção emocional, e

2 – ficar constantemente sujeita a momentos de esperança em que pareça possível forçar o ambiente a efetuar a cura (daí: a atuação [*acting out*]).

Entre o estado clínico da criança que foi magoada no modo descrito e a retomada do desenvolvimento emocional da criança (e tudo o que se quer dizer com o termo socialização), há a necessidade de fazer a sociedade se dar conta e compensar. Por trás do mau ajustamento da criança está sempre uma falha do ambiente a se ajustar às necessidades absolutas do tempo de dependência relativa. (Tal falha, de início, é uma falha de criação.) Pode-se acrescentar então uma falha da família em cicatrizar os efeitos de tais falhas; e pode-se então adicionar a falha da sociedade na medida em que ela toma o lugar da família. Deve-se ressaltar que neste tipo de caso se pode demonstrar que a falha inicial ocorreu em uma época em que o desenvolvimento da criança lhe possibilitava perceber a falha e a natureza do desajuste ambiental.

A criança apresenta agora uma tendência anti-social, que (como disse) no estágio anterior ao desenvolvimento de ganhos secundários é sempre um sinal de esperança. Esta tendência anti-social pode se revelar de duas formas:

1 – Apresentando exigências no tempo, preocupação, dinheiro, etc., das pessoas (manifestada pelo furto).

2 – Esperando daquele grau de força estrutural a organização e reabilitação que se torna essencial para a criança se tornar capaz de descansar, relaxar, desintegrar-se, sentir-se segura (o que se manifesta pela destruição que provoca forte reação de controle).

Baseado nesta teoria da etiologia dos distúrbios de caráter sigo adiante para examinar a questão da terapia.

Indicações para terapia

A terapia dos distúrbios de caráter tem três objetivos:

A – Uma dissecção até onde se oculta a doença e que se revela como uma distorção de caráter. Como preparação para isto pode haver um período em que o indivíduo é convidado a se tornar um paciente, a ficar doente ao invés de ocultar a doença.

B – Ir ao encontro da tendência anti-social que, do ponto de vista do terapeuta, é evidência de esperança por parte do paciente; ir ao encontro da mesma como de um S.O.S., um *cri de coeur*, um sinal de emergência.

C – Uma análise que leve em consideração tanto as distorções do ego como a exploração por parte do paciente de seus impulsos do id durante a tentativa de autocura.

A tentativa de ir ao encontro da tendência anti-social do paciente tem dois aspectos:

A tolerância das exigências do paciente a seus direitos em termos da consistência e amor da pessoa.

A provisão de uma estrutura de apoio ao ego que seja relativamente indestrutível.

Como se deduz daí, o paciente de tempos em tempos estará atuando e, na medida em que isto se relacionar com a transferência, poderá ser manejado e interpretado. As dificuldades na terapia têm relação com a atuação anti-social que se situa fora do maquinismo terapêutico, isto é, que envolve a sociedade.

Com relação ao tratamento da doença oculta e das distorções do ego, há necessidade de psicoterapia. Mas ao mesmo tempo a tendência anti-social não pode ser negligenciada, como e onde aparecer. O objetivo nesta parte do tratamento é chegar ao trauma original. Isto tem de ser feito no decurso da psicoterapia, ou, se esta não está disponível, no decurso do manejo especializado que seja previsto.

Neste trabalho, as falhas do terapeuta ou dos que dirigem a vida da criança serão reais e podem reproduzir as falhas originais, como forma de compensação. Essas falhas são de fato reais, e especialmente quando o paciente ou está em regressão à dependência apropriada à idade da regressão ou então recordando. A percepção da falha do analista ou do responsável possibilita ao paciente ficar furioso, apropriadamente, ao invés de traumatizado. *O paciente precisa remontar através do trauma da transferência ao estado de coisas que prevalecia antes do trauma original.* (Em alguns casos há uma possibilidade de chegada rápida ao trauma de privação na primeira entrevista.) A reação à falha atual só faz sentido se a falha atual *for* a falha ambiental original do ponto de vista da criança. A reprodução no tratamento de exemplos como ocorreram na falha ambiental original, conjuntamente com a experiência pelo paciente da raiva que lhe é apropriada, libera o processo de maturação do paciente. Deve-se recordar que o paciente está em um estado dependente e necessitando de apoio ao ego e manejo ambiental (*holding*) na situação de tratamento, precisando ser a fase seguinte um período de crescimento emocional em que o caráter se constrói positivamente e perde suas distorções.

Em casos favoráveis a atuação que faz parte desses casos fica confinada à transferência, ou pode ser trazida para o âmbito da transferência produtivamente pela interpretação do deslocamento, simbolismo ou projeção. Em um extremo se tem a cura "natural" comum que ocorre dentro da família da criança. No outro estão os pacientes severamente perturbados, cuja atuação pode tornar impossível o tratamento pela interpretação porque o trabalho fica interrompido pelas reações da sociedade ao roubo e à destrutividade.

Em casos de severidade moderada a atuação pode ser controlada desde que o terapeuta compreenda seu significado e sentido. Pode-se dizer que a atuação é a alternativa do desespero. Na maior parte do tempo o paciente se sente sem esperança de corrigir o trauma original e por isso vive em um estado de depressão relativa ou de dissociações que mascaram o estado de caos que está sempre a ameaçá-lo. Ouando, contudo, o paciente começa a estabelecer uma relação objetal, ou a catectar uma

pessoa, então se inicia uma tendência anti-social, uma compulsão ou para reclamar (roubar) ou para ativar um controle duro ou mesmo vingativo através de comportamento destrutivo.

Em cada caso, para a psicoterapia ser bem-sucedida, o paciente precisa ser observado durante uma ou mais dessas fases desastradas de comportamento anti-social manifesto e é demasiado freqüente que seja exatamente nestas fases desastradas do caso que o tratamento seja interrompido. O caso é abandonado não necessariamente porque a situação não pode ser tolerada, mas (mais freqüentemente) porque os que estão com o encargo não se dão conta de que esta atuação é inerente e que pode ter um valor positivo.

Nos casos graves, estas fases de controle ou tratamento apresentam dificuldades tão grandes que a lei (sociedade) assume o controle ao mesmo tempo que a psicoterapia é suspensa. A vingança da sociedade toma o lugar da piedade ou simpatia, e o indivíduo pára de sofrer e de ser um paciente, tornando-se ao invés um criminoso com delírio de perseguição.

Minha intenção é chamar a atenção para o e*lemento positivo do distúrbio de caráter*. A falha de chegar a um distúrbio de caráter em um indivíduo que está tentando acomodar algum grau de tendência anti-social indica uma predisposição a colapso psicótico. O distúrbio de caráter indica que a estrutura do ego do indivíduo pode reunir energias que fazem parte do bloqueio do processo de maturação e também de anormalidades na interação da criança com a família. Até que o ganho secundário se torne um traço, a personalidade com distúrbio de caráter está sempre sujeita a sofrer um colapso no sentido da paranóia, depressão maníaca, psicose ou esquizofrenia.

Para resumir, a conceituação dos distúrbios de caráter pode ser iniciada com a afirmação de que este tratamento é igual ao de qualquer outro distúrbio psicológico, isto é, Psicanálise, se for disponível. Daí devem-se seguir as seguintes considerações:

1 – A Psicanálise pode ter êxito, mas o analista deve estar esperando encontrar atuação na transferência e precisa compreender o significado dessa atuação e lhe atribuir um valor positivo.

2 – A análise pode ter êxito mas ser difícil, porque a doença oculta tem aspectos psicóticos, de modo que o paciente precisa ficar doente (psicótico, esquizóide) antes de começar a melhorar; e serão necessários todos os recursos do analista para lidar com os mecanismos primitivos de defesa que serão proeminentes.

3 – A análise pode ter êxito, mas na medida em que a atuação não fica confinada à relação transferencial o paciente pode ser removido da área de atuação do analista por causa da reação da sociedade à tendência anti-social do paciente ou por causa da atuação da lei. Há espaço para grandes variações aí, devido à variabilidade de reação da sociedade, ocorrendo desde vingança crua até o desejo de proporcionar ao paciente a oportunidade de uma nova oportunidade de realizar uma socialização tardia.

4 – Em muitos casos, distúrbios de caráter incipientes são tratados, e com sucesso, na casa da criança, por uma fase ou fases de manejo especial (mimar) ou por cuidado *pessoal* especial ou controle estrito por uma pessoa que ame a criança. Uma extensão deste tratamento de distúrbios de caráter precoces ou incipientes é o

de manejo em grupos, sem psicoterapia, orientado para proporcionar à criança o que sua própria família não pode fazer em termos de manejo especial.

5 – Na época em que o paciente vem a tratamento pode já haver uma tendência anti-social manifesta fixada e uma atitude endurecida do paciente, alimentada pelos ganhos secundários, caso em que não se cogita do uso da psicanálise. O objetivo então é o de prover controle firme por pessoas compreensivas e prover isso como *tratamento* em antecipação a ser provido como uma *correção* por ordem judicial. Psicoterapia pessoal pode ser adicionada, se disponível.

Finalmente,

6 – O caso com distúrbio de caráter pode se apresentar como um caso judicial, com a reação da sociedade representada pela ordem de suspensão condicional da pena ou pelo confinamento a uma escola correcional ou instituição penal.

Pode ocorrer que um confinamento inicial pela Justiça se revele como um elemento *positivo* na socialização do paciente. Isto corresponde de novo à cura natural que ocorre comumente na família do paciente; a reação da sociedade foi, para o paciente, uma demonstração prática de "amor", qual seja, a de querer "conter" o *self* não-integrado do paciente, e receber agressão com firmeza (para limitar os efeitos dos episódios maníacos) e receber raiva com raiva, apropriada e controlada. Este último é melhor do que aquilo que algumas crianças carentes podem ter à guisa de controle satisfatório, e muitas crianças carentes, inquietas e anti-sociais mudam de incontroláveis para educáveis no regime estrito da casa de correção. O risco aqui é o de que, por causa de as crianças anti-sociais inquietas progredirem em um regime de ditadura, isto pode gerar ditadores e pode até fazer os educadores pensar que uma atmosfera de disciplina estrita, com cada minuto da criança ocupado, é bom tratamento para crianças normais, o que não é.

MENINAS

Em sentido amplo, tudo isso se aplica tanto a meninos como a meninas. No estágio da adolescência, contudo, a natureza do distúrbio de caráter é necessariamente diferente nos dois sexos. Por exemplo, as moças adolescentes tendem a revelar sua tendência anti-social pela prostituição, e um dos riscos da atuação é a geração de bebês ilegítimos. Na prostituição há ganhos secundários. Um deles é o de que as moças descobrem que contribuem para a sociedade por serem prostitutas, enquanto não podem contribuir de nenhuma outra forma. Encontram muitos homens solitários, que querem mais um relacionamento do que sexo e que estão prontos para pagar por isso. Além disso essas moças, essencialmente solitárias, conseguem ter contato com outros, deste modo. O tratamento das moças adolescentes anti-sociais que começaram a experimentar ganhos secundários como prostitutas apresenta *dificuldades insuperáveis.* Talvez a idéia de tratamento não faça sentido neste contexto. Em muitos casos já é tarde demais. É melhor desistir de todas as tentativas de curar a

prostituição e, ao invés, concentrar-se em proporcionar a essas moças alimento e abrigo e a oportunidade para se manterem sadias e limpas.

Exemplos clínicos

UM CASO DE TIPO COMUM

Um menino na latência tardia (visto pela primeira vez aos dez anos) estava em tratamento psicanalítico comigo. Sua inquietação e propensão a ataques de fúria tinham começado em data bem precoce, logo após seu nascimento e antes de ser desmamado aos oito meses. Sua mãe era uma pessoa neurótica e esteve mais ou menos deprimida durante toda a sua vida. Ele era um ladrão e dado a surtos agressivos. Sua análise estava indo bem, e no decurso de um ano de sessões diárias muito trabalho analítico padrão tinha sido realizado. Tornou-se muito excitado, contudo, à medida que seu relacionamento comigo começou a ter significado; subiu ao telhado da clínica, inundou suas dependências e fez tanto barulho que o tratamento teve de ser interrompido. Às vezes ele era um risco para mim; arrombou meu carro fora da clínica e dirigiu-o em primeira marcha usando o motor de arranque, deste modo evitando a necessidade de usar a chave de ignição. Ao mesmo tempo começou a roubar de novo e se tornar agressivo fora do ambiente de tratamento e foi enviado pelo Juizado de Menores a uma escola correcional exatamente no momento em que o tratamento psicanalítico atingia seu ápice. Talvez se eu tivesse sido muito mais forte do que ele, teria controlado esta fase e assim teria tido a oportunidade de completar a análise. Do jeito que aconteceu tive de desistir.

(Este menino saiu-se mais ou menos bem. Tornou-se um motorista de caminhão, o que se adequava à sua inquietação. Mantinha seu emprego por quatorze anos na época do seguimento. Casou-se e teve três filhos. Sua esposa se divorciou dele, depois do que ele se manteve em contato com sua mãe, de quem os detalhes do seguimento foram obtidos.)

TRÊS CASOS FAVORÁVEIS

Um menino de oito anos começou a furtar. Tinha tido uma privação relativa (em seu próprio bom ambiente de casa) quando tinha dois anos, na época em que sua mãe concebeu outro filho, e se tornou patologicamente ansioso. Os pais conseguiram satisfazer suas necessidades especiais e quase conseguiram efetivar uma cura natural de sua condição. Auxiliei-os nesta longa tarefa ao lhes proporcionar alguma compreensão do que estavam fazendo. Em uma consulta terapêutica, quando o menino

tinha oito anos, me foi possível levá-lo a estabelecer contato emocional com sua privação, e ele conseguiu voltar à relação objetal com a mãe boa de sua infância. Conjuntamente com isso cessou o furtar.

Uma menina de oito anos de idade veio a mim por causa de furto. Ela tinha sofrido uma privação relativa em sua boa casa na idade de 4 a 5 anos. Em uma consulta psicoterapêutica ela conseguiu remontar a seu contato infantil inicial com sua boa mãe, e ao mesmo tempo seus furtos desapareceram. Ela estava também com enurese e encoprese e estas manifestações menores de tendência anti-social persistiram por algum tempo.

Um menino de treze anos, em uma escola pública longe de sua boa casa, estava roubando em grande escala, também rasgando lençóis e perturbando a escola ao meter os meninos em confusões e por deixar notas obscenas nos banheiros, etc. Na consulta terapêutica ele pôde me comunicar que tinha atravessado um período de tensão intolerável aos seis anos de idade, quando foi mandado para o internato. Consegui para este menino (o segundo de três irmãos) a concessão de um período de "amamentação mental" em sua própria casa. Ele o empregou para uma fase regressiva e voltou à escola externa. Mais tarde foi para um colégio interno na vizinhança de sua casa. Seus sintomas anti-sociais cessaram abruptamente depois desta única entrevista e o seguimento revelou que ele está indo bem. Já passou pela universidade e está agora estabelecido como um homem. É especialmente verdadeiro se dizer desse caso que o paciente trouxe consigo a compreensão de seu caso, e de que o que ele precisava era que os fatos fossem reconhecidos e de que fosse feita uma tentativa de reparação, de forma compensatória, da falha ambiental.

COMENTÁRIO

Nestes três casos em que o auxílio pôde ser proporcionado antes que os ganhos secundários se tornassem um problema, minha atitude em geral como psiquiatra possibilitou à criança em cada caso expor uma área específica de privação relativa e o fato disto ter sido aceito como real e verdadeiro possibilitou à criança superar o fosso de volta e estabelecer de novo um relacionamento com objetos bons que tinha sido bloqueado.

UM CASO NOS LIMITES ENTRE DISTÚRBIO DE CARÁTER E PSICOSE

Um menino estava sob meus cuidados por um período de anos. Tinha-o visto uma vez e a maioria de meus contatos tinha sido com a mãe em momentos de crise. Muitos tinham tentado prestar auxílio direto ao menino, que está agora com vinte anos, mas ele rapidamente se tornava não-cooperativo.

O menino tinha um alto Q.I. e todos aqueles a quem ele permitiu lhe ensinarem disseram que ele poderia ser excepcionalmente brilhante como ator, poeta, artista,

músico, etc. Ele não se manteve por muito tempo em nenhuma escola mas como autodidata se mantinha muito adiante de seus colegas e assim o fez no início da adolescência ao supervisionar seus amigos nas tarefas escolares, mantendo-se assim em contato.

No período de latência ele foi hospitalizado e diagnosticado como esquizofrênico. No hospital se propôs ao "tratamento" dos outros meninos e nunca aceitou sua condição de paciente. Eventualmente se evadiu e passou um longo período sem escola. Ele jazia na cama ouvindo música lúgubre ou se trancava em casa de modo a que ninguém chegasse a ele. Constantemente ameaçava suicidar-se, especialmente em relação a violentos casos de amor. Periodicamente organizava festas e isso prosseguia indefinidamente e às vezes danificava a propriedade alheia.

Este menino vivia com sua mãe em um pequeno apartamento e mantinha-a em um estado de preocupação constante. Nunca havia qualquer possibilidade de um final, uma vez que ele não ia embora, nem para a escola nem para o hospital e era suficientemente esperto para fazer exatamente o que queria fazer, nunca se tornando um criminoso e mantendo-se sempre afastado da jurisdição da lei.

Várias vezes auxiliei a mãe ao pô-la em contato com a polícia, o serviço de custódia e outros serviços de assistência social e quando eventualmente ele afirmou que iria a certa escola de primeiro grau eu "movi os cordéis" para lhe possibilitar isso. Verificou-se estar muito adiante de seu grupo etário e os mestres o encorajaram muito por causa de sua inteligência. Mas ele deixou a escola antes do tempo, e obteve uma bolsa de estudos em uma boa escola de arte dramática. Neste ponto decidiu que tinha um nariz deformado e persuadiu eventualmente sua mãe a pagar um cirurgião plástico para alterá-lo de adunco para reto. Descobriu então outras razões pelas quais não poderia ir adiante com êxito, e de novo não deu oportunidade a que ninguém o auxiliasse. Isto ainda continua e ele está presentemente na enfermaria de observação de um hospital psiquiátrico, mas descobrirá um jeito de deixá-lo e se instalará em casa mais uma vez.

Esse rapaz tem uma história precoce que nos dá a chave da parte anti-social de seu distúrbio de caráter. Na verdade, ele foi o resultado de uma união que se dissolveu logo após seu infeliz começo. O pai, logo após se separar da mãe, tornou-se ele próprio um caso de paranóia. Esse casamento se seguiu imediatamente a uma tragédia, e estava condenado ao fracasso porque a mãe do menino não tinha ainda se recuperado da perda de seu amado noivo, que, achava ela, tinha sucumbido à falta de cuidados desse homem com quem ela casou e que se tornou o pai do menino.

O menino poderia ter sido ajudado no estágio inicial, ao redor dos seis anos, quando foi visto por um psiquiatra pela primeira vez. Poderia ter então levado o psiquiatra ao material de sua privação relativa e ter relatado o problema pessoal de sua mãe e a razão de sua ambivalência em seu relacionamento com ele. Mas ao invés o menino foi colocado em uma enfermaria de hospital e daí por diante se endureceu em um caso de distúrbio de caráter, se tornando uma pessoa que compulsivamente atormenta sua mãe, professores e amigos.

Não tentei descrever nenhum caso tratado por psicanálise nesta série de descrições clínicas rápidas.

Casos tratados por controle apenas são inúmeros e incluem todas aquelas crianças que, quando privadas de um modo ou de outro, são adotadas, criadas por terceiros ou colocadas em pequenas casas que funcionam como instituições terapêuticas e em bases pessoais. Seria dar uma falsa impressão descrever um caso desta categoria. Na verdade é necessário chamar a atenção para o fato de que os casos incipientes de distúrbios de caráter estão a todo momento sendo tratados com sucesso, especialmente em casa, em grupos sociais de todos os tipos e bem fora da psicoterapia.

A despeito disso, é o trabalho intensivo com poucos casos que lança luz sobre o problema dos distúrbios de caráter, como sobre outros tipos de distúrbios psicológicos, e é o trabalho de grupos psicanalíticos em vários países que tem lançado as bases para o estabelecimento teórico e que começou a explicar aos grupos terapêuticos especializados o que é que está sendo feito em tais grupos, que muitas vezes têm êxito na prevenção e tratamento dos distúrbios de caráter.

Os doentes mentais na prática clínica[1] (1963) 20

Desde o começo do século há um crescendo de tentativas de recuperar a psiquiatria da estagnação. Os psiquiatras têm tido a enorme tarefa de mudar o cuidado e tratamento das pessoas mentalmente doentes, de contenção mecânica em métodos mais humanos. E aí veio a aplicação da psicologia dinâmica à psiquiatria. É a *psicologia* da doença mental que interessa aos psicanalistas e àqueles que trabalham baseados na psicologia dinâmica, e essa categoria inclui muitos assistentes sociais psiquiátricos. Minha tarefa será a de estabelecer o elo entre as doenças mentais e os estágios do desenvolvimento emocional do indivíduo, e prosseguirei nisto sem estar em posição de oferecer uma prova positiva dos detalhes de minha tese.

De início, devo-lhes recordar a classificação psiquiátrica das doenças mentais. Mencionarei sumariamente os distúrbios mentais que se originam de anormalidade física do cérebro, que é o aparelho eletrônico do qual a mente depende para funcionar. Esse aparelho pode falhar de várias maneiras, hereditárias, congênitas, por causa de doença infecciosa, por causa de um tumor ou de processos degenerativos tais como a arteriosclerose. Além disso, certas doenças físicas sistêmicas afetam o aparelho eletrônico, tais como mixedema e desequilíbrios hormonais associados à menopausa. Devemos afastar essas considerações, ainda que sejam importantes, para nos dirigir à área da doença mental que é o tema da psicologia, da psicologia dinâmica, da imaturidade emocional.

Considerarei também como certo seu conhecimento do efeito nos estados mentais das doenças físicas e da ameaça das mesmas. Certamente afeta a mente de

1 – Palestra proferida na Associação de Assistentes Sociais, em Londres, e publicada em *New Thinking for Changing Needs*, pela mesma associação, em 1963.

alguém ter câncer ou doença cardíaca. Somente a psicologia desses efeitos pode nos interessar aqui.

Uma classificação começa, então, com estas três categorias:

a) Doenças do cérebro com a doença mental conseqüente.

b) Doenças do corpo afetando atitudes mentais.

c) Doenças mentais propriamente ditas, isto é, doenças que não dependem de doença do cérebro ou de outra doença física.

Deste começo dividimos doenças mentais em neuroses e psicoses. Vocês não saltarão à conclusão de que pessoas neuróticas são necessariamente menos doentes do que pessoas psicóticas. A palavra "doente" precisa ser examinada, a esta altura. Permitam-me empregar a definição de meu finado amigo John Rickman: "Doença mental consiste em não ser capaz de encontrar alguém que possa aturá-lo". Dito de outro modo, há uma contribuição da sociedade ao significado da palavra "doente" e por certo é extremamente difícil conviver com alguns neuróticos. Ainda assim, habitualmente não são registrados. Isso apresenta uma dificuldade a que me referirei mais tarde.

Saúde é maturidade emocional, maturidade emocional do indivíduo como pessoa. Neurose se refere ao estado da pessoa como criança pré-escolar; à provisão familiar positiva e negativa; ao modo como o período de latência aliviou ou acentuou as tensões que operavam no indivíduo; ao reagrupamento nos vários estágios da adolescência das mudanças dos impulsos instintivos; e à nova organização das defesas contra a ansiedade que provém do molde da meninice precoce do indivíduo.

Neurose é o termo empregado para descrever a doença das pessoas que ficam doentes no estágio do complexo de Édipo, no estágio de experimentar relacionamentos entre três pessoas *totais*. Os conflitos originados desses relacionamentos levam a medidas defensivas que, se se tornam organizadas em um estado relativamente rígido, se qualificam para o rótulo de neurose. Estas defesas já foram enumeradas e claramente enunciadas. Obviamente, o modo como se erigem e se tornam fixas depende em certa extensão, talvez em grande extensão, da história do indivíduo anterior à sua chegada ao estágio das relações triangulares entre pessoas completas.

Neurose envolve repressão e o inconsciente reprimido, que é um aspecto especial do inconsciente. Conquanto o inconsciente seja em geral o depositário das áreas mais ricas do *self* da pessoa, o inconsciente reprimido é o cofre em que se guarda (a um grande custo, em termos de economia mental) o que é intolerável e está além da capacidade do indivíduo de absorver como parte de seu eu e de sua experiência pessoal. O inconsciente propriamente dito pode ser alcançado em sonhos e contribui fundamentalmente para todas as experiências mais significativas do ser humano; em contrapartida, o inconsciente reprimido não está liberado para seu uso e aparece somente como uma ameaça ou fonte de reações formativas (por exemplo, sentimentalismo indicando ódio reprimido). Tudo isso é o material da psicologia dinâmica. A repressão faz parte da neurose, assim como o *splitting* da personalidade faz parte da psicose.

A doença neurótica pode ser realmente grave. Além disso, este tipo de doença faz o desespero do assistente social, porque o inconsciente reprimido é o terreno do

psicanalista. Em contrapartida, como tentarei demonstrar, as áreas de doença chamadas de psicose, ou loucura, oferecem mais terreno para o assistente social; isto parcialmente, porque tais doenças oferecem menos terreno para o psicanalista, a menos, é verdade, que ele saia de seu papel em momentos apropriados e se torne ele próprio um assistente social. (Este tema será desenvolvido gradativamente, à medida que continuo.)

Como disse, na neurose uma das defesas se relaciona com regressão. A pessoa doente se encontra tendo recuado da sexualidade genital e da relação triangular entre pessoas completas e tendo adotado certas posições pertencentes à sua vida anterior, ao estágio da posição hetero ou homossexual nos assuntos interpessoais. Em certa extensão os pontos de fixação, os pontos utilizados nestas defesas regressivas, dependem de experiências boas e más dos estágios mais precoces do desenvolvimento do indivíduo, e obviamente dos fatores ambientais bons e maus correspondentes, relacionados com esses estágios.

A psicose pode ser vista como doença que tem mais a ver com as experiências nas fases mais precoces do que com as tensões ao nível dos relacionamentos interpessoais que levam às defesas repressivas. No caso extremo não houve nenhum complexo de Édipo verdadeiro porque o indivíduo ficou tão preso ao estágio anterior do desenvolvimento que o relacionamento triangular verdadeiro e a carga máxima nunca se tornaram um acontecimento.

É claro que se encontram casos a serem descritos em que se pode demonstrar uma mistura de normalidade, em termos do complexo de Édipo e de psicose, em termos de ficar detido em uma fase do desenvolvimento emocional inicial. Contudo, esses casos mistos não devem nos interessar aqui, uma vez que estamos procurando estabelecer um tema extremamente complexo em termos simples.

Neurose, então, faz parte das defesas organizadas ao redor de ansiedades e conflitos de pessoas relativamente normais, isto é, pessoas que, de qualquer modo, atingiram o estágio do complexo de Édipo. Em um tratamento pela psicanálise o analista torna possível a redução da quantidade de repressão e no final do tratamento os relacionamentos interpessoais vêm a ter uma expressão e experiência mais plena e há uma redução do componente pré-genital da sexualidade.

Todo o resto das doenças mentais (afora as neuroses) faz parte da formação da personalidade na meninice mais precoce e na infância, conjuntamente com a provisão ambiental que fracassa ou tem êxito em sua função de facilitar o processo de maturação do indivíduo. Dito de outro modo, a doença mental, afora a neurose, tem importância para o assistente social porque interessa não tanto às defesas organizadas do indivíduo como à falha deste em alcançar a força do ego ou integração da personalidade que possibilita às defesas se formarem.

Posso agora retornar à classificação de tipos psiquiátricos, porque acho que lhes transmiti a idéia de que a loucura é seu terreno, assim como a neurose é o terreno do analista ortodoxo freudiano. Além disso, a loucura se relaciona com a vida comum. Na loucura encontramos, ao invés de repressão, os processos do estabelecimento da personalidade e da autodiferenciação ao contrário. Esta é a essência da loucura e é isto que estou tentando descrever, principalmente. Falhas no processo de

maturação (por si só uma questão de hereditariedade) estão, naturalmente, muitas vezes associadas a fatores patológicos hereditários, mas o caso é que essas falhas estão muito associadas a falhas do ambiente facilitador. Vereis que é aqui que entra o assistente social, uma vez que o fator ambiental tem um significado específico na *etiologia* da loucura. A presunção básica aqui é de que a saúde mental do indivíduo é detida na área do cuidado do lactente e do cuidado da criança e tanto um como outro reaparecem no trabalho com os casos do assistente social. Na psicoterapia das neuroses, que é essencialmente um distúrbio de um conflito interno (isto é, conflito dentro de um *self* integrado, personalizado e relacionado com objetos), estes fenômenos que derivam do cuidado do lactente vêm à tona no que se chama de neurose de transferência.

Voltemos à minha tentativa de reunir as doenças, excluídas as neuroses, na classificação psiquiátrica. Seria mais simples do ponto de vista de minha apresentação se eu pudesse considerar os dois extremos e colocar a neurose em um extremo e a esquizofrenia no outro. Não posso fazê-lo, contudo, por causa das doenças afetivas. Entre a neurose e a esquizofrenia há todo um território coberto pela palavra depressão. Quando digo entre, realmente quero dizer que na etiologia destas doenças os pontos de origem da depressão se situam entre os pontos de origem da esquizofrenia e da neurose. Quero dizer também que há todos os graus de superposição, que não há distinções e que na doença psiquiátrica é falso rotular distúrbios como se fossem doenças do modo que é característico da classificação da medicina física. (Estou excluindo, naturalmente, as doenças cerebrais, que na verdade são doenças físicas com efeitos psicológicos secundários.)

As depressões constituem um conceito muito amplo de distúrbios mentais. Os desenvolvimentos da psicanálise elucidaram muito da psicologia da doença depressiva e relacionaram também a depressão ao que é essencialmente normal, especificamente, a capacidade de sentir piedade e se preocupar. As depressões, portanto, vão do quase normal ao quase psicótico. Na extremidade normal da depressão estão aquelas doenças depressivas que implicam maturidade no indivíduo e implicam um grau de integração do *self*. Aqui, como na neurose, o psicanalista, mais do que o assistente social, é indicado, mas há uma coisa que pode ser de grande importância ao assistente social, especificamente a tendência da depressão desaparecer. Sem fazer qualquer psicoterapia, o assistente social pode fazer muito na base de deixar a depressão seguir seu curso. O que se precisa aqui é de uma avaliação do indivíduo como alguém cuja história pregressa revela evidência de que a integração da personalidade pode tolerar a carga da doença depressiva, em que certo tipo de conflitos estão se resolvendo. Este conflito na depressão, a grosso modo, tem a ver com a tarefa pessoal do indivíduo de acomodar sua agressão e seus impulsos destrutivos. Quando alguém amado morre, o processo de luto faz parte da resolução, dentro do indivíduo, do sentimento de responsabilidade pessoal pela morte, por causa das idéias destrutivas e impulsos que acompanham o amar. A depressão, neste extremo da escala, se forma neste padrão que fica mais óbvio no luto, a diferença estando em que na depressão há um grau maior de repressão e o processo se efetua em um nível que é mais inconsciente (no sentido de ser reprimido) do que no luto.

Do ponto de vista da psicanálise, a psicoterapia da depressão deste tipo não é diferente da da neurose, exceto pelo fato de que, na transferência, a dinâmica mais poderosa está no relacionamento a duas pessoas baseado no que originalmente era o lactente e a mãe. A parte importante da terapêutica do analista no tratamento da depressão é sua sobrevivência pelo período em que as idéias destrutivas dominam o cenário, e de novo aqui a assistente social que assiste a uma pessoa deprimida através da depressão está fazendo terapia simplesmente por continuar a existir em pessoa e pela sobrevivência.

Associada à doença depressiva deste tipo reativo está a que se associa com a menopausa e outros tipos de redução da oportunidade de construção e contribuição criativa.

No outro extremo deste grupo das depressões está a depressão psicótica em que há aspectos associados que ligam esta afecção com a esquizofrenia. Pode haver algum grau de despersonalização e sentimentos de irrealidade. A depressão aí está também associada à perda, mas a perda é de uma espécie mais obscura do que no caso da reação depressiva e se origina em uma data anterior ao desenvolvimento do indivíduo. Por exemplo, a perda pode ser de certos aspectos da boca, que desaparece do ponto de vista do lactente junto com a mãe e o seio, quando há uma separação em uma data anterior àquela na qual o lactente alcançou um estágio do desenvolvimento emocional que propiciaria a ele o equipamento para lidar com a perda. A mesma perda da mãe alguns meses mais tarde poderia ser uma perda de objeto sem este elemento adicional da perda da parte do sujeito.

É necessário por isso classificar duas formas de depressão: a *depressão reativa* e a *depressão esquizóide*. Nos casos extremos desta Última, o quadro clíinico se parece com o da esquizofrenia e, de fato, não pode haver uma linha nítida de demarcação entre qualquer forma de uma doença mental e da outra. E na doença do indivíduo qualquer tipo de mistura e alternância deve ser esperado. E ocorrem alternâncias no indivíduo entre uma manifestação neurótica e uma doença mais psicótica (por exemplo, uma neurose obsessiva degenerando em uma fase de depressão agitada e se recuperando de volta à neurose obsessiva, etc.) Pois doenças mentais não são doenças como tísica, febre reumática ou escorbuto. São padrões de conciliação entre êxito e fracasso no estado do desenvolvimento emocional do indivíduo. Deste modo, saúde é maturidade emocional, maturidade de acordo com a idade; e doença mental tem, subjacente, uma detenção da mesma. A tendência no sentido do amadurecimento persiste e é este que provê o impulso no sentido da cura, e da autocura se não há auxílio disponível. É isto que está por trás do *processo* que se pode esperar ocorrer, se se pode proporcionar um ambiente facilitador, bem adequado às necessidades imediatas do estágio de maturação da pessoa. É aí que o assistente social se envolve de modo construtivo, e na verdade o assistente social tem um poder que não está disponível ao psicanalista, na medida em que este último restringe seu trabalho a interpretar os elementos conscientes nascentes na neurose de transferência, apropriada ao tratamento das neuroses.

Permitam-me ressaltar o fato de que os distúrbios mentais não são doenças; são conciliações entre a imaturidade do indivíduo e reações sociais reais, tanto

apoiadoras como retaliadoras. Neste sentido o quadro clínico da pessoa mentalmente doente varia de acordo com a atitude ambiental, mesmo quando a doença no paciente permanece fundamentalmente inalterada; por exemplo, uma menina de treze anos estava morrendo em casa, por recusar alimentos, mas ficava normal e até feliz em um ambiente alternativo.

No extremo da escala, além da depressão esquizóide está a esquizofrenia propriamente dita. Aqui o relevo está em certas falhas de construção da personalidade. Estas serão enumeradas, mas antes quero esclarecer que clinicamente pode haver uma área do funcionamento normal da personalidade, mesmo em um caso esquizóide grave, de modo que o desavisado pode ser enganado. Esta complicação será abordada abaixo sob a denominação de falso *self*.

Para compreender as doenças do tipo esquizofrenia é necessário examinar os processos de maturação, à medida que conduzem o lactente e a criança pequena nos estágios iniciais do desenvolvimento emocional. Nesta época precoce, quando tanto desenvolvimento se está iniciando e nenhum se completando, as duas tendências são descritas pelas palavras *maturação* e *dependência*. O ambiente é essencial, e gradativamente se torna menos essencial, de modo que se poderia falar de dependência dupla, mudando para dependência simples.

O ambiente não faz o lactente crescer, nem determina o sentido do crescimento. O ambiente, quando suficientemente bom, facilita o processo de maturação. Para isso acontecer a provisão ambiental, de modo extremamente sutil, se adapta às necessidades cambiantes se originando do evento da maturação. Tal adaptação sutil às necessidades cambiantes só pode ser propiciada por uma pessoa, e uma que no momento não tenha nenhuma outra preocupação e que "esteja identificada com o lactente" de modo a sentir e satisfazer as necessidades do mesmo, como por um processo natural.

No ambiente facilitador o lactente está envolvido em atingir várias metas, três das quais podem ser descritas como:

integração
personalização
relações objetais.

A integração rapidamente se torna complexa e logo inclui o conceito de tempo. O processo inverso é o da desintegração, e esta é uma palavra empregada para descrever um tipo de doença mental: desintegração da personalidade. Em grau menor, o inverso da integração é o *splitting*, e este é um aspecto que caracteriza a esquizofrenia, daí seu nome.

Personalização é uma palavra que pode ser empregada para descrever a conquista de uma relação íntima entre a psique e o corpo. Freud afirmou que o ego está essencialmente erigido sobre a base do funcionamento do corpo; o ego é essencialmente um ego corporal (isto é, não uma questão de intelecto). No contexto atual estamos examinando a conquista de cada indivíduo da união da psique com o soma. A doença psicossomática é muitas vezes pouco mais que o reforço deste elo psicossomático em face da ameaça de rompimento do mesmo; esse rompimento resulta em vários quadros clínicos que recebem o nome de "despersonalização". Aí, de novo, o

inverso do desenvolvimento que se observa no lactente dependente é um estado que reconhecemos como doença mental, especificamente, despersonalização, ou a doença psicossomática o ocultando.

Encontrar-se-á o mesmo se examinarmos relações objetais e a vida instintiva. O lactente se torna capaz de se relacionar com um objeto e de unir a idéia do objeto com a percepção da pessoa total da mãe. Esta capacidade de se relacionar com um objeto se desenvolve como resultado de uma adaptação materna que seja suficientemente boa; a teoria deste fato é complexa e tentei descrever sua complexidade alhures (Winnicott, 1951). Esta capacidade não pode se desenvolver somente pelo processo de maturação; a adaptação suficientemente boa da mãe é essencial, e deve durar por um período suficientemente longo, ou a capacidade para se relacionar com objetos pode ser perdida, total ou parcialmente. De início o relacionamento é com um objeto subjetivo, e é uma longa jornada daqui até o desenvolvimento e estabelecimento da capacidade de se relacionar a um objeto, que é percebido objetivamente e que tem a possibilidade de ter uma existência separada, uma existência exterior ao controle onipotente do indivíduo.

O êxito neste campo do desenvolvimento está intimamente ligado à capacidade da pessoa de se sentir real; isto, contudo, tem de combinar com a idéia de se sentir real no mundo e sentir que o mundo é real. É preciso se reconhecer que a pessoa normal não pode chegar a um sentimento de realidade no mundo comparável com o sentimento de realidade do esquizofrênico, no mundo totalmente particular das relações do esquizofrênico com objetos subjetivos. Para as pessoas normais a única aproximação que se pode fazer desta qualidade de sentimento é a da vida cultural. O oposto da tendência maturativa no sentido das relações objetais é a desrealização e a perda de contato com a realidade (compartilhada), e aí de novo estão palavras que descrevem doenças mentais.

Em adição a tudo isso está uma categoria inteira de doenças, paranóia e os elementos persecutórios que podem complicar a depressão, e que quando retidos dentro da personalidade acarretam o estado de hipocondria. Não é possível incluir uma descrição disso aqui, porque a paranóia por si só não é uma doença mas sim uma complicação ou de depressão ou de esquizofrenia. Em última análise a origem dos elementos persecutórios que complicam a doença depressiva leva o paciente e o analista ao sadismo oral, que não foi aceito pelo indivíduo junto com seus resultados, no conceito imaginário do paciente do *self* psicossomático. Contudo, pode haver uma origem mais profunda da paranóia que pode se associar à integração e ao estabelecimento de um eu unitário: EU SOU.

Aqui poderia vir à tona o conceito de *self* verdadeiro e falso. É essencial incluir esse conceito na tentativa de compreender o quadro clínico ilusório apresentado em muitos casos de doença esquizofreniforme. O que se apresenta é um falso eu, adaptado às expectativas de vários níveis do ambiente do indivíduo. Com efeito, o eu submisso ou falso é uma versão patológica do que normalmente seria chamado de aspecto polido e socialmente adaptado da personalidade normal. (Descrevi alhures [Winnicott, 1952] o ponto de origem do falso eu, relacionado com uma adaptação não suficientemente boa, no processo do relacionamento do lactente com os objetos.)

Na forma patológica deste, o indivíduo eventualmente destrói o eu falso e tenta reafirmar um eu verdadeiro, embora isso possa ser incompatível com viver no mundo, ou com a vida. Um colapso nervoso é muitas vezes um sinal "sadio", no sentido de que implica a capacidade do indivíduo de usar o ambiente que se tornou disponível para restabelecer uma existência em uma base que é sentida como real. Naturalmente, tal dispositivo nem sempre tem êxito, e é muito incompreensível para a sociedade ver um eu submisso e talvez valioso destruir boas perspectivas pela renúncia a cada vantagem óbvia, simplesmente pela vantagem oculta de obter um sentimento de realidade.

Um outro tipo de doença, psicopatia, deve ser descrito. Para fazer isso é necessário tomar outra trilha e examinar o crescimento emocional do indivíduo em termos de dependência.

Observar-se-á que não há lugar, no meu modo de estabelecer estes temas, para uma doença mental que não esteja relacionada com imaturidade do desenvolvimento, talvez com distorções devidas à tentativa do indivíduo de usar o ambiente para o propósito de uma autocura.

Em termos de dependência pode-se estabelecer que há para comparação dois extremos e uma área intermediária. Em um extremo, em que a *dependência é adequadamente recebida*, a criança alcança relacionamentos interpessoais entre pessoas totais, e fica sadia ou madura o suficiente para sofrer ao lidar com os conflitos que são pessoais e que fazem parte da realidade psíquica própria do indivíduo, ou que estão no mundo interno próprio da pessoa. A doença aí se chama neurose e é medida pelo grau de rigidez das defesas pessoais, organizadas para se defrontar com a ansiedade no sonho da pessoa. No outro extremo está a doença mental do tipo hospitalizável, psicose, que está etiologicamente ligada com a falha ambiental, falha em facilitar o processo de maturação, no estágio da dependência dupla. O termo dependência dupla indica que a provisão essencial estava completamente fora da percepção e compreensão do lactente naquela época. A falha aqui pode ser chamada de privação.

Entre as duas há a falha no topo do êxito, falha do ambiente que foi percebida pela criança como tal, na época em que ocorreu. Para tal criança houve provisão ambiental suficientemente boa, e isto então cessou. A continuidade da existência que fazia parte do que era tido como certo, o ambiente suficientemente bom, ficou substituída por uma reação à falha ambiental, e essa reação interrompeu o sentimento de continuidade da existência. O nome dado a este estado de coisas é privação.

Este é o ponto de origem da tendência anti-social, e aí se inicia o que toma conta da criança sempre que ela se sente esperançosa, e compele a uma atividade que é anti-social até que alguém reconheça e tente corrigir a falha do ambiente. Uma falha realmente ocorreu na história da criança e foi realmente significativa e mal ajustada às necessidades essenciais da criança. Ironicamente, a criança que é compelida a proclamar e reclamar esta queixa na sociedade é chamada de mal-ajustada.

Esta tendência anti-social é realmente muito comum em suas manifestações menores, uma vez que até certo ponto os pais devem falhar em satisfazer mesmo necessidades essenciais muitas vezes; mas estas falhas menores do ajustamento são

corrigidas pelos pais com a criança vivendo uma vida do lar com a família. Os exemplos mais sérios de desapontar a criança (falha do ego auxiliar), contudo, dão à criança uma tendência anti-social e levam ao distúrbio de caráter e à delinqüência. Quando as defesas se tornaram enrijecidas e a desilusão é completa, a criança que foi afetada deste modo está destinada a ser um psicopata, especializada em violência, roubo, ou em ambos; e a perícia que vai em um ato anti-social provê um ganho secundário, resultando que a criança perde o impulso de se tornar normal. Mas, em muitos casos, se fosse dado o tratamento no estágio inicial, antes que os ganhos secundários complicassem as coisas, teria sido possível descobrir nas manifestações das tendências anti-sociais da criança um S.O.S. à sociedade para reconhecer sua dívida e restabelecer para a criança o ambiente em que a ação impulsiva fosse uma vez mais segura é aceitável como tinha sido antes do mau ajustamento ambiental.

Tendo o campo da psiquiatria sido coberto deste modo psicológico, em termos de desenvolvimento emocional do indivíduo, é possível para mim passar à descrição de doença mental em termos de resposta à ajuda. Precisamos reconhecer que há casos que estão além do remediável. Podemos morrer tentando ajudar onde a ajuda não pode ser dada. Afora isto, sabemos que psiquiatras e psicanalistas constantemente encaminham casos ao cuidado do assistente social psiquiátrico por nenhuma outra razão do que a de não poderem fazer nada eles próprios. Eu faço isso. Que sentido faz isso?

Bem, em meu ponto de vista, há razões pelas quais se deve aceitar uma posição como esta. De início gostaria de chamar a atenção para a afirmação de Clare Winnicott (1962) sobre a função de uma agência. Por exemplo, o fato de vocês representarem a preocupação do *Mental Health Act* ou do *Home Office*, ou da sociedade em relação às crianças carentes realmente os põe em uma posição única em cada caso. Isso lhes dá um objetivo especial, especialmente em relação aos doentes mentais que não são neuróticos e em relação àqueles casos iniciais que revelam uma tendência anti-social.

Sua função pode, logicamente, ser revista em termos de cuidado do lactente, isto é, em termos de um ambiente facilitador, da facilitação do processo de maturação. A integração é vitalmente importante neste contexto, e seu trabalho é muito contrabalançar forças desintegradoras no indivíduo, na família e em grupos sociais localizados.

Eu penso em cada assistente social como sendo um terapeuta, mas não como o tipo de terapeuta que faz a interpretação correta e na hora exata, interpretação que elucida a neurose de transferência. Façam-na se quiserem, mas sua função mais importante é a terapia do tipo que é sempre conduzida pelos pais na correção de falhas relativas da provisão ambiental. O que fazem esses pais? Eles exageram algumas funções paternas e as mantêm por um período de tempo, de fato, até que a criança as tenha utilizado e esteja pronta para ser dispensada deste cuidado especial. O cuidado especial se torna entediante, uma vez que sua necessidade tenha passado.

Por exemplo, pensem em uma carga de pacientes como provendo uma cesta humana. Os clientes põem todos os seus ovos em uma cesta que são vocês (e sua agência). Eles assumem o risco e de início precisam testá-los, para ver se vocês são

capazes de se mostrarem sensíveis e dignos de confiança ou se vocês têm, em vocês, repetir as experiências traumáticas de seu passado. Em certo sentido vocês são uma frigideira, com o processo de fritar desempenhado em sentido contrário, de modo que vocês realmente desmexem os ovos mexidos.

O cuidado infantil pode quase que ser descrito em termos de *holding*, *holding* que começa tremendamente simples, e que se torna extremamente complexo, permanecendo contudo exatamente o mesmo, um *holding*. Dito de outro modo, a assistência social está baseada na provisão ambiental que facilita o processo de maturação do indivíduo. É simples e ao mesmo tempo complexo como esta provisão ambiental se torna rapidamente o cuidado do lactente e a criança. É mesmo mais complexo porque continua a provisão a cobrir o cuidado familiar e o cuidado da pequena unidade social. Tem sido sempre nosso objetivo não dirigir a vida ou desenvolvimento do indivíduo, mas possibilitar as tendências operantes dentro do mesmo indivíduo levar a uma evolução natural baseada no crescimento. É o crescimento emocional que foi adiado e muitas vezes distorcido; sob condições adequadas, as forças que teriam levado ao crescimento agora levam ao desenredar do nó.

Uma das dificuldades que se encontra pode ser isolada para consideração especial. Refiro-me aos clientes que se tornam clinicamente doentes *porque encontram em você e em seu cuidado o ambiente que é digno de confiança* e que, para eles, praticamente induz a um colapso nervoso. Na área da tendência anti-social (delinqüência) relacionada com privação, isto significa que quando o cliente adquire confiança em você segue-se roubo, ou destruição, que utiliza sua capacidade de agir com firmeza, escudada por sua agência. Na área da loucura, o que ocorre é que seu cliente usa sua provisão especial para se tornar desintegrado e descontrolado ou dependente de um modo que faz parte do periodo da infância (regressão à dependência). O cliente fica louco.

Isto tem o germe da cura em si. É um processo de autocura que necessita de sua ajuda; e, em alguns casos, funciona. É relaxação que não é possível exceto na situação que você revelou poder prover, em uma área profissional limitada. De novo, você pode achar difícil distinguir isso do colapso inútil daqueles que não podem esperar por condições boas mas que simplesmente fracassam em manter a integração e crescimento emocional que tinham ou pareciam ter alcançado. Habitualmente não é impossível fazer essa distinção.

Ver-se-á por que falei inicialmente em neurose e inconsciente reprimido. De modo geral a repressão não é aliviada pela provisão ambiental, ainda que treinada e constante. Aqui a psicanálise é o de que se precisa.

Contudo, os distúrbios mais insanos ou psicóticos se formam na base de falhas da provisão ambiental e podem ser tratados, muitas vezes com êxito, por nova provisão ambiental e este pode ser seu trabalho de assistência social psiquiátrica, seu trabalho com os casos. O que você se encontra provendo, em seu trabalho, pode ser descrito da seguinte maneira:

Você se dedica ao caso.

Você aprende a saber como é se sentir como o seu cliente.

Você se torna *digno de confiança* para o campo limitado de sua responsabilidade profissional.

Você se comporta profissionalmente.

Você se preocupa com o problema de seu cliente.

Você aceita ficar na posição de um objeto subjetivo na vida do cliente, ao mesmo tempo em que conserva seus pés na terra.

Você aceita amor, e mesmo o estado de enamorado, sem recuar e sem representar sua resposta.

Você aceita ódio e o recebe com firmeza, ao invés de como vingança.

Você tolera, em seu cliente, a falta de lógica, inconsistência, suspeita, confusão, debilidade, mesquinhez, etc. e reconhece todas essas coisas desagradáveis como sintomas de sofrimento. (Na vida particular as mesmas coisas o fariam manter distância.)

Você não fica assustado nem sobrecarregado com sentimentos de culpa quando seu cliente fica louco, se desintegra, corre pela rua de camisola, tenta suicídio, talvez com êxito. Se você é ameaçado de assassinato, chama a polícia não só para proteger a si mesmo, mas também ao cliente. Em todas essas emergências você reconhece o pedido de socorro de seu cliente, ou um grito de desespero por causa da perda da esperança nessa ajuda.

Em todos esses aspectos você é, em sua área profissional limitada, uma pessoa profundamente envolvida com sentimentos e ainda assim, à distância, sabendo que não tem culpa da doença de seu cliente e sabendo os limites de suas possibilidades de alterar a situação de crise. E se você pode controlar a situação há a possibilidade de que a crise se resolva sozinha e então será por sua causa que o resultado foi alcançado.

Distúrbios psiquiátricos e processos de maturação infantil[1] (1963) 21

Meu objetivo é prosseguir na trilha principal da tese geral de Freud segundo a qual, para a etiologia das neuroses, devemos examinar o complexo de Édipo e, portanto, as relações pessoais entre três pessoas, que fazem parte da idade pré-escolar da criança. Acredito inteiramente nessa teoria. Trabalhei baseado nela por quarenta anos e acredito, como a maioria dos psicanalistas, que o treinamento na técnica psicanalítica deveria ser feito considerando os casos que podem ser tratados pela técnica clássica, isto é, uma técnica concebida exatamente para isso: a análise do neurótico.

Como supervisores de estudantes nos encontramos em nosso mais alto grau quando o analista estudante tem um caso bom. Na verdade, análise boa só pode ser realizada com casos bons. Se o caso não é bom (neurótico), não podemos dizer se o estudante está se dando bem ou mal em seu esforço para aprender a técnica básica de nosso trabalho.

TIPOS DISPONÍVEIS DE CASOS

Todos sabemos, contudo, que em nosso trabalho prático, uma vez qualificados como analistas, não podemos restringir nosso trabalho à análise de neuroses. Só para começar, à medida que nosso trabalho se torna mais profundo e abrangente, descobrimos elementos psicóticos (posso usar esta palavra?) em nossos pacientes neuróti-

1 – Palestra no *Dorothy Head Memorial*, proferida para a Sociedade Psiquiátrica de Filadélfia no Instituto do Hospital Pensilvânia, em Filadélfia, em outubro de 1963.

cos. Para ir adiante com minha tese, as fixações pré-genitais de nossos pacientes neuróticos muitas vezes existem por razões próprias e não simplesmente como fenômenos regressivos, organizados como defesas das ansiedades que fazem parte do complexo de Édipo propriamente dito.

Nem sempre podemos fazer um diagnóstico correto de início. Algumas depressões reativas acabam sendo mais graves do que tínhamos imaginado; especialmente a histeria tende eventualmente a revelar aspectos psicóticos à medida que a análise prossegue. E há a temível realidade da personalidade "como se" que eu pessoalmente denomino falso *self*, que se apresenta bem para o mundo mas que, em nosso tratamento, deve encobrir o colapso que é negado. Nestes casos de falso *self* nosso tratamento faz pessoas bem sucedidas doentes e muitas vezes temos de deixá-las doentes; quem é que sabe se sem nós elas não teriam ido pior — talvez se matando ou talvez se tornando até melhor sucedidas mas cada vez mais irreais para si mesmas. E acontece então que, como terapeutas, somos requisitados para tratar pessoas francamente psicóticas, e podemos aceitá-las como casos de pesquisa. Mas que fazemos? Podemos utilizar a técnica psicanalítica?

APLICAÇÃO MAIS AMPLA DA TÉCNICA PSICANALÍTICA

Pessoalmente acredito que podemos, desde que aceitemos uma mudança na teoria da etiologia do distúrbio. Nem sempre conseguimos curas mas, de qualquer modo, devemos ser capazes de sentir que estamos realizando trabalho honesto.

O APROFUNDAMENTO DO TRABALHO INTERPRETATIVO

Há uma complicação maior que devo superar se pretendo apresentar meu ponto de vista em uma exposição breve, e esta é que podemos fazer um trabalho cada vez mais profundo, utilizando a técnica clássica, ao saber cada vez mais sobre mecanismos mentais e aplicando esse conhecimento. Poderia falar simplesmente desta extensão do trabalho psicanalítico mas, em vez disso, quero explicar o que quero dizer com isso.

A psicanálise clássica pode ser realizada em casos neuróticos bem escolhidos simplesmente pela interpretação da ambivalência, à medida que esta vem à tona na neurose de transferência. (Este tipo de caso está se tornando raro, de qualquer modo, na Inglaterra, porque parece que os pacientes já realizaram este trabalho em si próprios através de leitura e de absorção da tendência cultural geral, como é expressa nas novelas e peças teatrais e na reavaliação moderna dos velhos mestres [Shakespeare, Leonardo da Vinci, Beethoven, etc.])

Vem então a análise da depressão. Ao diagnosticar depressão estamos considerando automaticamente organização e força do ego. A análise da depressão envolve uma compreensão dos mecanismos mentais de introjeção e da teoria da

realidade psíquica interna, localizada (na fantasia do paciente) no ventre ou na cabeça ou de algum modo dentro do *self*. O objeto perdido é levado para dentro desse local interior e então submetido a ódio, até que o ódio se esgote; e a recuperação do luto ou depressão ocorre espontaneamente no luto e, muitas vezes, espontaneamente na depressão reativa. Esta extensão da teoria leva na prática aos desenvolvimentos que se originam do estudo do mundo dos fenômenos internos. E o término de uma depressão pode vir a ocorrer como a passagem de uma massa fecal escura ou pela remoção cirúrgica de um tumor ou em alguma forma onírica que indica isso em forma simbólica.

A REALIDADE PSÍQUICA PESSOAL LOCALIZADA NO INTERIOR

A analise da depressão e da hipocondria leva então a uma extensão baseada no estudo do funcionamento global do corpo, incluindo o dos intestinos, e a introjeção e projeção se tornam mecanismos mentais que se originam como elaborações da ingestão e eliminação.

Freud, Abraham e Klein desbravaram um mundo novo para o analista atuante. A técnica da análise não foi afetada.

O analista fica agora envolvido no estudo não apenas do ódio e da agressão mas também dos resultados destes na realidade psíquica interna do paciente. Esses resultados podem ser rotulados como elementos benignos ou persecutórios, que necessitam ser conduzidos neste inatingível mundo interior: na verdade, o estado de ânimo depressivo se torna uma faceta clínica indicando uma cobertura temporária de todos os fenômenos internos; a recuperação da depressão se torna uma suspensão cuidadosamente controlada da névoa, onde aqui e ali no mundo interior pode-se permitir que elementos benignos e persecutórios se encontrem e se defrontem sem perigo.

MECANISMOS DE PROJEÇÃO E INTROJEÇÃO

Abriu-se então uma área nova para trabalho interpretativo, por causa do intercâmbio dos elementos que se acumulam na realidade psíquica interior e na realidade externa (compartilhada). Isto forma um aspecto importante do relacionamento do indivíduo com o mundo e deve ser aceito com a importância comparável à das relações objetais que têm o funcionamento do id como sua base.

Além disso, a alternativa clínica entre hipocondria e delírios de fatores persecutórios se torna maleável como conceito, representando formas introjetadas e projetadas da mesma coisa, especificamente, a tentativa de controlar e o fracasso do mesmo controle dos elementos persecutórios no mundo interno pessoal do indivíduo.

Daí o analista, mantendo-se dentro da técnica clássica, verifica que pode interpretar o modo como os fatores internos benignos e persecutórios dependem, para sua origem, das experiências instintivas e de seus aspectos satisfatórios e não-satisfatórios, respectivamente.

RELAÇÕES OBJETAIS

Do mesmo modo, o analista aprofunda-se nas interpretações das relações objetais do indivíduo. Há aspectos primitivos dessas relações, que incluem o *splitting* do objeto, para se evitar a ambivalência e também o *splitting* da própria personalidade para se adaptar ao *splitting* do objeto. Também o relacionamento, com o impulso instintivo, com um objeto parcial ou que não pode ser concebido exceto como tal, origina medos de retaliação, que fazem o indivíduo se retrair de se relacionar com objetos. Tudo isso pode ser observado no material analítico e especialmente quando o paciente está lidando com o material psicótico e é um caso *borderline*.

É necessário tentar trazer tudo isso para a área da compreensão, utilizando a técnica analítica clássica, de modo que a interpretação possa ser feita, se o paciente está preparado para interpretações deste tipo.

O ESTADO DO EGO DO PACIENTE

Nesta altura de minha exposição vocês podem estar se sentindo como clínicos algo tensos. Espero que estejam, porque aí está a razão para isto ser exposto.

Neste ponto surge a pergunta: *Qual é o estado do ego do paciente? Quanta dependência há do apoio ao ego?* Como pode o analista reconhecer que grau de resposta intelectual – mais do que emocional – pode ser induzido pela interpretação desse tipo em um dado momento? Se a interpretação é incompreensível, então, qualquer que seja a razão, o paciente se sente sem esperança ou pode se sentir atacado, destruído e mesmo aniquilado.

Daqui prosseguimos para estudar a psicologia do ego, para avaliação da estrutura e força, da rigidez ou flexibilidade do ego, e de sua dependência.

O LACTENTE SOB CUIDADO

Pode ser que na análise dos casos *borderline* possamos interpretar de um modo que poderia ser considerado cada vez mais profundo mas, ao fazê-lo, estamos ficando cada vez mais divorciados do estado do paciente como um lactente. Pois um lactente é um lactente sob cuidado, um ser dependente, inicialmente totalmente dependente; e não é possível falar de um lactente sem ao mesmo tempo falar do cuidado do mesmo e de sua mãe.

CUIDADO DO LACTENTE E SAÚDE MENTAL

Isto leva diretamente a meu ponto principal, que é o de que *penso que seguimos Freud quando estabelecemos um elo direto entre a infância inicial* (isto é, da do lactente sob cuidado, em um estado de dependência absoluta) *e as doenças*

psiquiátricas mais primitivas, que são agrupadas sob a palavra esquizofrenia. A etiologia da esquizofrenia nos leva de volta não ao complexo de Édipo (que nunca foi adequadamente ou totalmente atingido), mas ao relacionamento a duas pessoas, à relação do lactente com a mãe antes que o pai ou qualquer pessoa entre em cena.

De fato, chegamos à vida do lactente relativa a objetos parciais, e ao lactente que é dependente mas incapaz de reconhecer essa dependência. A saúde mental do indivíduo com respeito à exclusão de doença psicótica foi estabelecida pelo lactente e a mãe juntos nos estágios iniciais do crescimento e do cuidado do mesmo.

O EGO NA INFÂNCIA

Quais são as principais coisas que ocorrem no crescimento emocional do lactente nas semanas e meses mais precoces (e que são consolidadas em idades posteriores?)

Três delas são: Integração
Personalização
Relações objetais

O ego do lactente é muito forte, mas apenas por causa do apoio dado ao ego por uma mãe suficientemente boa, que é capaz de jogar todo o seu ser para se adaptar às necessidades de seu bebê, gradativamente recuando desta posição à medida que o lactente precisa de que ela se adapte cada vez menos. Sem este apoio ao ego, o ego do lactente está não-estabelecido, fraco, facilmente perturbado e incapaz de crescer de acordo com as linhas do processo de maturação.

A NATUREZA DO DISTÚRBIOS PSIQUIÁTRICO

As doenças psiquiátricas são habitualmente descritas em uma linguagem que indica falhas específicas do paciente para esta e outras posições infantis. As personalidades se tornam "desintegradas", os pacientes "perdem a capacidade de se inserir em seus corpos" e de aceitar seus limites cutâneos e se tornam "incapazes de se relacionar com objetos". "Sentem-se irreais" com relação ao ambiente e "sentem que o ambiente está irreal".

A questão é: até onde sentem os psiquiatras que é um conceito razoável que estes distúrbios com os quais estão lidando são falhas relativas exatamente onde as consecuções caracterizam a vida de cada lactente sadio?

ORIGEM DE MINHAS IDÉIAS PESSOAIS

Este modo de encarar o desenvolvimento deriva da confluência de vários tipos de experiência. De minha parte, tive muita oportunidade, como pediatra, de observar

os lactentes com suas mães e fiz questão de conseguir que inúmeras mães descrevessem o modo de vida de seus bebês nos estágios iniciais, antes que a mãe perdesse contato com essas intimidades. (Se tivesse tempo agora trabalharia com prematuros, mas isso não foi possível.) Tive então minha análise pessoal, que me levou de volta ao território esquecido de minha própria infância. Isto foi seguido pelo treinamento psicanalítico e meus casos básicos de treinamento me levaram aos mecanismos mentais infantis precoces, como ocorrem nos sonhos e sintomas. A análise da criança me deu uma visão do lactente.

Vim a analisar então pacientes que se revelaram ser *borderline* ou que vieram a ter sua parte amalucada alcançada e alterada. Foi o trabalho com pacientes *borderline* que me levou (quer eu quisesse ou não) à condição humana mais precoce, e quero dizer aqui, à vida inicial do indivíduo, ao invés de mecanismos mentais da mais tenra infância.

ILUSTRAÇÃO CLÍNICA

(A característica da sessão de segunda-feira, a anterior à que estou relatando para discussão, foi que minha jovem paciente veio à sessão carregada de comestíveis. Tinha descoberto as lojas próximas a meu consultório e estava deliciada com elas. Isto era um desenvolvimento natural de sua descoberta gradual da relação comigo na transferência do que ela chamava de gula. Ela até mencionou que vir à análise era como vir a uma refeição. Tinha havido uma longa preparação para isso em relatos de sua anorexia que alternava com um grau extremo de libidinização de refeições realmente bem preparadas e servidas.)

Terça-feira a senhorita X deitou-se no divã e, como era hábito seu, cobriu-se com o tapete dos pés ao pescoço, deitando de lado de frente para mim. (Eu sentava, em sua análise, a seu lado, mas ao nível das almofadas.) Não aconteceu nada. Ela não estava ansiosa, nem eu. Falamos de algumas coisas de modo trivial, mas não houve desenvolvimento de nenhum tema. Ao final, a senhorita X estava contente por se ir e tinha apreciado a sessão.

Esta era uma análise com um desenvolvimento bem regular do processo analítico e de modo algum me achava perdido, embora não pudesse saber exatamente o que estava acontecendo.

No dia seguinte, quarta-feira, a senhorita X se cobriu como de hábito e falou muito, em parte se desculpando por parecer não haver material para análise. Tivemos uma conversação sobre saltos eqüestres, como resultado de termos ambos assistido à mesma competição de saltos hípicos na TV. Participei naturalmente da conversação, não sabendo o que estava acontecendo. Ela mencionou que os ingleses simplesmente deixam o cavalo saltar, e quando têm êxito, como em geral acontece, é porque o cavalo é muito bom. Os alemães, por outro lado, calculam tudo, incluindo o número de passos de que o cavalo precisará antes de cada vala. Ao final veio à tona que o que mais a impressionava no salto a cavalo era o treinamento dos mesmos.

Aí agucei os ouvidos, porque sabia que a senhorita X tinha um marcado interesse no treinamento dos analistas. Ela tinha se tratado por anos com um analista, antes de descobrir que ele não era treinado, e tinha lido muito, antes de se arriscar a uma segunda análise e a me escolher. Verifiquei que ela tinha lido todas as minhas obras e uma vez que se decidira por mim preferiu um período considerável de espera a ir a qualquer outro.

Três quartas partes da sessão já tinham decorrido, e o trabalho foi realizado nos últimos minutos, como ocorria muitas vezes em seu caso.

Relatou-me então um sonho sobre um pintor a cujo trabalho se havia referido na semana anterior. Seus quadros eram na verdade muito bons, mas ele ainda não era reconhecido. No sonho ela foi comprar um quadro, talvez um daqueles que vira na exibição original, mas ele já tinha pintado muito mais quadros e tinha mudado. Seus quadros originalmente eram como os de uma criança. Ela teria preferido comprar um quadro de criança. Mas todos os últimos eram calculados e sofisticados e o artista não podia nem se lembrar dos quadros iniciais. Ela mesma tinha desenhado um deles, mas ele não podia se lembrar.

Quando eu disse que esse sonho continuava o tema da técnica de saltos a cavalo, e a questão de treinamento e falta de espontaneidade, ela imediatamente viu que era assim e ficou satisfeita. Elaborou o tema. Era uma questão de vocação inicial e prática técnica produzindo um produto acabado.

Isto levou à idéia da sessão do dia anterior, à qual ela se referiu como tendo sido importante e na verdade crucial. À noite ela tinha pensado nisto e agora se lembrava. Era como fora.

Na análise anterior ela rapidamente tinha chegado ao ponto onde estava comigo agora nesta análise. Contudo o analista anterior não podia deixar as coisas se desenvolver. Quando ela ficava quieta, por exemplo, ele podia dizer-lhe para sentar, ou podia adotar alguma outra medida, e ela rapidamente perdia contato com o processo que se tinha iniciado nela. Levou alguns anos para reconhecer que era a técnica de análise que não se adequava a seu tipo de caso e eventualmente descobriu que ele não era um analista treinado. E se fosse um analista treinado não teria sido capaz de satisfazer suas necessidades, que eram as de um paciente psicótico (isto a despeito do fato de ela não ser tão doente como a maioria dos esquizofrênicos que ela conhecera, com os quais vivera e aos quais tentara ajudar).

Na tranqüila sessão do dia anterior ela tinha chegado a este ponto e superado a dificuldade. De um lado ficava aliviada ao verificar que sua análise comigo, que também se iniciara bem, fracassaria também; isto seria ruim e terminaria em suicídio, mas é o que ela sabia por experiência própria, podendo se manter insensível e evitar o sofrimento, visto que era o que esperava. Ela podia até se sentir forte por saber a verdade de antemão.

O que ocorreu na sessão foi que ela se deu conta de que a análise não ia falhar como de hábito e que deveria ir adiante em se arriscar e deixar seus sentimentos virem à tona e talvez sofrer profundamente. Deste modo ela achou a sessão de terça-feira extremamente satisfatória e estava grata.

Ela continuou então a trabalhar, o que às vezes pode fazer por causa de seu *in-*

sight especial, e me deu um indício útil sobre o papel do analista no tratamento de pacientes cujo medo é o da desintegração. Ela me indicou que esses pacientes necessitam absolutamente de que o analista seja onipotente. Neste ponto são diferentes dos neuróticos. Eles precisam que o analista saiba e lhes diga o que temem. Eles mesmos o sabem o tempo todo, mas o ponto é que o analista deve saber e dizê-lo. O paciente pode dizer e fazer coisas para despistar o analista, como teste adicional de sua habilidade de ver o ponto principal sem este lhe ser comunicado.

Juntos acrescentamos a explicação de que é a própria onipotência e onisciência do paciente que o analista deve assumir de modo a permitir ao paciente entrar em colapso, aliviado, e experimentar o pior grau de desintegração ou sensação de aniquilamento.

Como corólário, um paciente esquizóide é crédulo. Pode surgir qualquer um, um charlatão, um curandeiro pela fé religiosa, um analista sem treinamento – que diga: Sei como você é e posso curá-lo e o paciente o seguirá. Esta é a primeira fase e a pessoa que diz isso pode ser completamente desqualificada para isso e na verdade ser um tolo ignorante ou um charlatão. Então vem o teste, e a desilusão e recuo do paciente a uma nova falta de esperança, que lhe é tão conhecida que é quase bem-vinda. Para conseguir levar o paciente à fase seguinte, o analista deve estar treinado ou ter uma teoria estruturada, uma personalidade madura e uma atitude firme com relação ao paciente e ao tratamento. Alguns analistas podem não gostar deste aspecto de seu trabalho, porque o de que se precisa aqui não é sagacidade.

No dia seguinte, quinta-feira, a senhorita X veio com um atraso de um quarto de hora, um fato raro em sua análise. O carro não tinha chegado a tempo, mas a senhorita X disse que esta não era uma explicação satisfatória porque ela sonhara que estava atrasada para a sessão do dia. Interpretei que algo havia mudado, de modo que ela agora revelava ambivalência em sua relação comigo e sua análise. Ela concordou e afirmou que de fato estava ansiosa para vir porque tinha se sentido satisfeita de verdade com os últimas dias da análise. Obviamente devia haver outro fator indo contra seu desejo de vir.

O que ocorreu na sessão foi um novo prenúncio das dificuldades seguintes. Verificar-se-ia que ela era excessivamente gulosa. Discutimos isso e interpretei que isso significava que havia um elemento compulsivo em seu apetite (já tínhamos trabalhado nisso). O que ela sabia seria difícil de ser enfrentado por mim na análise quando chegasse à sua capacidade total de reclamar de mim e de tudo que fosse meu. Aí veio furto e segunda-feira, eu me lembro, ela levou um livro meu emprestado.

Por outro lado, e lhe apontei isso, ela me tinha pago, no dia anterior, à vista, fornecendo-me um proveitoso indício do papel do analista na análise de pacientes esquizóides.

Tínhamos muito material disponível relacionado com devorar o analista (o armazém de víveres, etc.) e eu estava satisfeito por não ter interpretado o sadismo oral nestas fases iniciais, porque a interpretação significativa, agora parecendo aceitável, era a da voracidade compulsiva da tendência anti-social. Isso se relacionava com privação.

O LACTENTE DEPENDENTE

Reformulando a experiência da infância, acho que devo falar em termos de dependência e de fato suspeito de todos os conceitos sobre mecanismos mentais primitivos que não levam em conta o lactente submisso ao comportamento e atitude da mãe.

AS TENDÊNCIAS HERDADAS

Isto me leva a uma conceituação da infância inicial. Na infância o processo de crescimento pertence ao lactente e é a soma das tendências herdadas incluindo aí o *processo de maturação*. O processo de maturação só se efetiva no lactente se houver um *ambiente favorável*. O estudo do ambiente favorável é quase tão importante de início como o estudo do processo de maturação do indivíduo. A característica do processo de maturação é o impulso no sentido da *integração*, que vem a significar algo cada vez mais complexo, à medida que o lactente cresce. A característica do ambiente favorável é a *adaptação*, iniciada a quase cem por cento e mudando gradativamente, no sentido da desadaptação, de acordo com os novos desenvolvimentos do lactente, que fazem parte de uma mudança gradual no sentido da independência.

Quando o ambiente favorável é suficientemente bom (isso sempre significa que há uma mãe que está de início totalmente devotada à sua tarefa de cuidado do lactente, e que gradativamente, e tão-somente gradativamente, se reafirma como uma pessoa independente), o processo de maturação tem uma oportunidade. O resultado é que a personalidade do lactente atinge certo grau de integração, de início sob o abrigo do apoio ao ego (da adaptação da mãe) e com o tempo se tornando cada vez mais uma conquista, que se mantém sobre seus próprios pés.

Como disse, no decurso dessas semanas, meses ou anos iniciais, o lactente se torna capaz de se relacionar com objetos, se torna inserto em seu próprio corpo e no funcionamento do mesmo, experimenta um sentimento de EU SOU e fica pronto para o que der e vier.

Estes desenvolvimentos do indivíduo que estão baseados no processo de maturação constituem a saúde mental. O oposto ou inverso desses mesmos processos é o que devemos examinar se quisermos compreender o distúrbio de personalidade do tipo esquizóide.

MODIFICAÇÕES DA TÉCNICA

O fato importante, deixado para trás por mim, é a modificação de técnica necessária quando está se tratando um caso *borderline*. A base do tratamento é a técnica clássica, mas as coisas tomadas por certas na análise de neuróticos se tornam a pedra fundamental da técnica modificada.

Na psicanálise, a situação é aceita como coisa natural. O analista se comporta, se dedica aos interesses do paciente na hora analítica, ignora tudo que não seja os dados essenciais, os detalhes da neurose de transferência. Acredita no paciente, e quando este o engana, acredita nos motivos do paciente para enganá-lo.

Quando o paciente neurótico se refere a esses temas, o analista sabe que ele ou ela está encontrando, na situação analítica, elementos consistentes que já foram vividos no passado. O neurótico tem uma capacidade de acreditar na análise, baseada na experiência, e suas suspeitas são devidas à ambivalência.

O que foi dito para os neuróticos também é verdadeiro para os depressivos, exceto os que tenham em si características esquizóides adicionais.

Quando um psicanalista está trabalhando com pessoas esquizóides (chame a isso análise ou não), as interpretações visando o *insight* se tornam menos importantes, e a manutenção de uma situação adaptativa ao ego é essencial. A consistência da situação é uma experiência primária, não algo a ser recordado e revivido na técnica do analista.

OS RISCOS DA DEPENDÊNCIA

A dependência toma uma forma que é exatamente como a de um lactente no relacionamento mãe-lactente; apenas o paciente pode levar um longo tempo para chegar aí, por causa de todos os testes que tem de fazer por ter se tornado cauteloso por causa de experiências anteriores. É, como bem se pode compreender, muito doloroso para o paciente ficar dependente, a menos que se seja realmente um lactente e os riscos que se tem que tomar na regressão à dependência são de fato muito grandes. O risco não é somente de que o analista possa morrer, como também de que o analista subitamente seja incapaz de acreditar na realidade e intensidade da ansiedade primitiva do paciente, do medo de desintegração ou de aniquilamento ou de queda contínua para sempre.

A FUNÇÃO *HOLDING*

Ver-se-á que o analista está *sustendo* o paciente e isto muitas vezes toma a forma de transmitir em palavras, no momento apropriado, algo que revele que o analista se dá conta e compreende a profunda ansiedade que o paciente está experimentando. Ocasionalmente o *holding* pode tomar uma forma física, mas acho que é somente porque houve uma demora na compreensão do analista do que ele deve usar para verbalizar o que está ocorrendo.

Há ocasiões em que você fala e fala a seu filho que está com dor de ouvido. Palavras de consolo não adiantam. Há ocasiões, provavelmente, em que um paciente psicótico necessita do *holding* fisico, mas eventualmente compreensão e simpatia é o que será necessário.

COMPARAÇÃO DE TÉCNICAS

Com o paciente *neurótico* o analista deve interpretar amor e ódio como aparecem na neurose de transferência e isso significa levar o que está vindo à tona de volta à meninice. Isto se relaciona com o relacionamento do paciente com os objetos.

Com o caso depressivo o analista deve sobreviver à depressão que acompanha o amor. A depressão reativa é muito semelhante à neurose e necessita da interpretação da transferência. Mas a depressão precisa da sobrevivência do analista e isto dá ao paciente tempo para reagrupar os elementos em sua realidade interna, de modo que o analista interno também sobreviva. Esta é uma tarefa que pode ser feita uma vez que *depressão implica força do ego* e nosso diagnóstico de depressão implica que achamos que o paciente pode lidar com a culpa e a ambivalência e aceitar os impulsos agressivos pessoais, sem ruptura da personalidade, desde que se dê tempo a ele.

No tratamento das pessoas *esquizóides* o analista precisa saber tudo que se refere a interpretações que possam ser feitas, relativas ao material apresentado, mas deve ser capaz de se conter para não ser desviado a fazer este trabalho, que seria inapropriado, porque a necessidade principal é a de apoio simples ao ego, ou de *holding*. Esse *holding*, como a tarefa da mãe no cuidado do lactente, reconhece tacitamente a tendência do paciente a se desintegrar, a cessar de existir, a cair para sempre.

ADAPTAÇÃO E SATISFAÇÃO DOS IMPULSOS DO ID

Uma fonte de equívocos aqui é a idéia (que alguns analistas têm) de que o termo "adaptação às necessidades" no tratamento de pacientes esquizóides e no cuidado do lactente significa satisfazer os impulsos do id. Nesta situação não há a questão de satisfazer ou frustrar os impulsos do id. Há coisas mais importantes acontecendo e estas são prover apoio aos processos do ego. É somente sob condições de adequação do ego que os impulsos do id, quer sejam satisfeitos ou frustrados, se tornam experiências do indivíduo.

Resumo

Os processos que constituem a doença mental esquizofrênica são os processos da maturação infantil inicial, porém às avessas.

O atendimento hospitalar como complemento de psicoterapia intensiva na adolescência[1] (1963) 22

Adolescência, que significa se tornar um adulto, é uma fase do crescimento normal. Ela cobre o período da puberdade do indivíduo. Inclui também a socialização do moço ou da moça. Neste sentido, a palavra socialização não significa adaptação e conformidade. Quando normalmente o indivíduo se torna um adulto maduro, isto implica que ele ou ela é capaz de se identificar com figuras paternas e com alguns aspectos da sociedade sem demasiado sacrifício do impulso pessoal, ou, dito de outro modo, de se tornar essencialmente ele ou ela mesmo sem a necessidade de se tornar anti-social. Normalmente o moço ou a moça se torna capaz de assumir responsabilidades e ajudar a manter ou modificar ou mesmo alterar completamente o legado da geração anterior. Inevitavelmente, ele e ela transmitirão, como adultos, o legado à geração seguinte, no ciclo eterno da humanidade.

A adolescência, então, é uma fase no processo de crescimento de cada moço ou moça. Em nossas considerações teóricas ou no trabalho prático temos que ter isso em mente quando lidamos com uma doença psiquiátrica em um moço ou moça que esteja na idade de adolescente ou de adulto jovem.

Esboço da adolescência

A adolescência por si só pode ser um período tempestuoso. Arrogância, de mistura com dependência, por vezes mesmo extrema dependência, fazem o quadro

1 – Conferência proferida no Hospital McLean, em Belmont, Massachussetts, E.U.A., como parte de um Simpósio Clínico: "The Individual and the Community: Current Perspectives in Rehabilitation", por ocasião da inauguração do novo Centro de Reabilitação, em outubro de 1963.

da adolescência parecer aloucado e confuso. Os pais, que são tão necessários nesta fase, ficam confusos quanto ao que deveria ser seu papel. Podem se dar conta de estar gastando dinheiro para possibilitar que seus próprios filhos zombem deles. Ou podem se achar necessários apenas como pessoas a serem descartadas, enquanto o adolescente procura tios ou tias ou mesmo estranhos para amizade e orientação. Quando a família está ausente ou doente, alguma parcela da sociedade deve assumir a função da família. No ápice de tudo isso está a complicação dos adolescentes terem as técnicas dos adultos à sua disposição. O menino de quatro anos, que enfrenta as angústias do conflito edípico, sonha com a morte de seu pai, mas agora aos quatorze ele tem o poder de matar. O suicídio é possível agora. Pode-se obter drogas. A menina, que aos quatro anos se identificou com a mãe e tinha ciúme de sua capacidade de conceber, sonhando com assaltantes ou com a morte de sua mãe, agora aos quatorze pode engravidar ou oferecer seu corpo por dinheiro. A adolescente pode engravidar embora ainda não estando no estágio de querer dar um bebê a alguém a quem ama ou querendo se encarregar ela própria do cuidado de um bebê. Só para lembrá-lo, embora você não necessite de tal advertência: a adolescência não é nada fácil (cf. Winnicott, 1962).

Se concordamos que o rapaz adolescente tem um problema especial com seus impulsos agressivos (assim também a moça, indiretamente), temos de concordar que o problema se modifica para pior com os avanços da física termonuclear. A maioria de nós acredita que não haverá guerras parciais, uma vez que qualquer guerra se torna total e uma guerra total é inimaginável. Aqui somos forçados a avaliar o valor da guerra em sua função de conceder licença para matar. Ponho "valor" entre aspas porque imagino que todos odeiam a guerra e rezam pela paz; mas como psiquiatras e psicólogos sociais somos forçados e avaliar o efeito da paz permanente na saúde mental da comunidade. O efeito da idéia de paz permanente exerce uma tensão severa em tudo que não seja maturidade emocional, o que é uma conquista bastante rara. Pode a adolescência em geral descarregar toda a sua agressão em esportes competitivos ou perigosos? Não irá a sociedade restringir os mesmos e fazê-los indignos ou mesmo anti-sociais? Ainda não sabemos a resposta a esta grande questão, mas sabemos que uma guerra localizada, apesar de ser uma imensa tragédia, costuma trazer algo positivo para o alívio das tensões individuais, possibilitando que a paranóia permaneça apenas potencial e dando uma sensação de REALIDADE a pessoas que nem sempre se sentem reais quando a paz reina suprema. Especialmente em rapazes, a violência é sentida como real, enquanto que uma vida sem complicações traz a ameaça de despersonalização.

Deveis ter meditado muito sobre esses problemas que são inerentes ao processo de crescimento e descoberto meios de confirmar a importância da parcela que o lar da criança pode desempenhar nele se há uma preocupação contínua. Vossa instituição é em parte um substituto organizado para o lar, o mais das vezes suficientemente satisfatória e ainda assim não suficientemente capaz de suportar as tensões específicas de ter de cuidar de um membro doente por um longo período.

Continuando com meu esboço da adolescência, exposto dogmaticamente com a finalidade de ser breve: só há uma cura para a adolescência e esta é a passagem

do tempo e a passagem do adolescente para o estado adulto. Não devemos tentar curar adolescentes como se estivessem sofrendo de alguma doença psiquiátrica. Utilizei a frase "tédios de adolescente" para descrever os poucos anos em que cada indivíduo não tem outra saída a não ser esperar e ainda assim fazê-lo sem ter consciência do que está acontecendo. Nesta fase o adolescente não sabe se ele ou ela é homossexual, heterossexual ou narcisista. Não há identidade estabelecida ainda, nem uma forma de vida que modele o futuro e faça sentido estudar para os exames. Não há ainda a capacidade de se identificar com as figuras paternas sem perder a identidade pessoal.

Aí, mais uma vez, o adolescente tem uma intolerância ferrenha pelas soluções falsas. Contribuiremos com algo para o adolescente se como adultos não oferecermos soluções falsas, aceitando, ao invés, os desafios localizados e lidando com as necessidades agudas à medida que apareçam. Esperamos a independência arrogante se alternar com a regressão à dependência, e aguardamos, fazendo tempo ao invés de oferecer distrações e curas.

Doença durante a adolescência

Naturalmente, nos defrontamos com todo o tipo de doença nesta fase do desenvolvimento:

Neurose propriamente dita.

Histeria, com algo de psicose oculta trazendo problemas mas nunca se manifestando claramente como loucura.

Distúrbios afetivos, com depressão como base. Estes incluem:

- Oscilações maníaco-depressivas.
- Defesa maníaca (negação da depressão).
- Euforia e complicações paranóides e hipocondríacas.
- A personalidade com falso *self*, que ameaça sucumbir no período de exames.
- O grupo de distúrbios esquizóides. Estes incluem o recuo da integração e dos processos maturativos em geral. As manifestações clínicas incluem a falta de contato com a realidade, despersonalização, *splitting* e a perda do sendo de identidade.

Encontramo-nos lidando com estes distúrbios em pacientes que se encontram no período do crescimento puberal e que são tão adolescentes quanto podem ser. É difícil separar o que é doente do que é normal nessa idade; também é difícil saber nesses casos se se deve oferecer tratamento em termos de cuidado e orientação ou de psicoterapia. De modo geral, oferecemos psicoterapia àqueles pacientes que sentem uma necessidade dela, ou aos que podem ser induzidos facilmente a perceber a utilidade da mesma; aqui ficamos atentos ao momento em que se torne necessária a

hospitalização ou o cuidado com enfermagem psiquiátrica especial, necessário porque o tratamento capacitou o paciente a atingir um ponto em que o colapso se torne construtivo. Para os outros aos quais falta compreensão, tentamos propiciar cuidado ou enfermagem psiquiátrica na expectativa de que os fenômenos regressivos eventualmente apareçam; e podemos esperar ser capazes de acrescentar psicoterapia em alguns casos.

Se a intenção, neste novo hospital, é facilitar a interação de cuidado hospitalar com psicoterapia, está-se propiciando exatamente o que é necessário e também exatamente o que é tão difícil de propiciar. Por que tão difícil? Brevemente: não apenas porque o pessoal do cuidado hospitalar e o da psicoterapia tem ciúmes um do outro, devido a estarem sem poder reconhecer o valor dos outros, mas também porque certos pacientes tendem a estimular um *split* entre os dois grupos. Ocorre freqüentemente aqui o reflexo das tensões entre os pais do paciente, e verifica-se de forma deslocada o medo do paciente de permitir que os pais se reúnam (no sistema de fantasias inconscientes).

Muito se poderia dizer sobre o manejo ou cuidado de rapazes e moças que têm essas várias doenças. Permitam-me escolher apenas uma coisa para menção especial: haverá suicídios. As Juntas Diretivas precisam aprender a se reconciliar com a idéia de que *haverá suicídios*, gazeta, e surtos maníacos ocasionais com muito de assassinato, janelas quebradas e coisas destruídas. Os psiquiatras que cedem à chantagem desses desastres ficam incapacitados para fazer o que é melhor para a comunidade sob seus cuidados. O mesmo se aplica à chantagem do psiquiatra pela tendência anti-social nos pacientes. Claro que a destruição real não é útil e o objetivo é a prevenção da destruição ou suicídio reais; mas o que se necessita é prevenção *humana*, sendo inútil a restrição pela força. Isto significa que haverá falhas na prevenção, uma vez que seres humanos têm limitações humanas para o que queiram ou possam fazer.

Verificarão que deixei fora de minha classificação esquemática um grupo importante, especificamente, a tendência anti-social, que pode levar um rapaz ou uma moça à delinqüência e, eventualmente, à recidiva.

O termo "tendência anti-social" tem sua utilidade porque relaciona este tipo de distúrbio com o normal e com o que está em sua origem, a reação à perda. Esta tendência pode se tornar uma compulsão inútil, tendo então a criança de ser rotulada de delinqüente.

Eis aqui um distúrbio que não deve ser classificado junto com as neuroses, distúrbios afetivos ou esquizofrenia; e é um distúrbio que se relaciona facilmente com distúrbios que são inerentes à sindrome de crescimento do adolescente. Fazem parte do trabalho nesta área problemas especiais de manejo. O tema não pode ser desenvolvido aqui, mas a idéia básica é de que a tendência anti-social na criança representa a esperança (inconsciente) da reparação de uma perda traumática (Winnicott, 1956).

Interação de processos maturativos e patológicos

Chegamos agora à grande dificuldade com que se defrontam todos os que estão empenhados em trabalho curativo ou preventivo. Nesta fase do crescimento individual, parece certo que é muito difícil diagnosticar saúde e normalidade e distingui-las de doença psiquiátrica. A adolescência altera a forma da doença psiquiátrica.

Examinemos vinte adolescentes. São personalidades isoladas, que se agrupam frouxamente por causa de interesses comuns: cantores populares, *twist*, jazz, uma maneira de vestir, um estado de apatia que seria desonesto tentar evitar. À margem de cada grupo há um rapaz ou moça depressiva que tenta o suicídio. O grupo inteiro então revela um estado de ânimo depressivo e está "com" aquele que fez a tentativa. Outro quebra uma vidraça sem razão alguma. O grupo inteiro fica então com o que quebra a vidraça. Outro, juntamente com alguns que estão por perto, arromba uma loja e rouba alguns cigarros, ou faz algo que chama a atenção da polícia. O grupo inteiro agora está com o transgressor.

Ainda assim se pode dizer que, em conjunto, os rapazes e moças que compõem este grupo ultrapassarão esta fase sem suicídio, assassinato, violência ou roubo.

Em outras palavras, os adolescentes na fase de tédio me parecem fazer uso dos indivíduos doentes da margem do grupo para concretizar sua sintomatologia potencial própria. Deixem-me dar um exemplo para ilustrar os problemas de diagnóstico e manejo.

Relato do caso de um rapaz

Relatarei o caso de um rapaz que me foi inicialmente encaminhado com a idade de oito anos. Era possível constatar nele um sentimento organizado de ressentimento que datava de uma fase inicial de sua meninice que estava relacionada com a continuidade de uma grave doença mental de sua mãe. Foi tentada terapia naquela época, mas não foi bem sucedida, parcialmente por causa da doença da mãe. O rapaz me foi enviado de novo quando tinha quinze anos. Na consulta ele foi capaz de me fornecer um indício vital relacionado com seus ataques de violência. Na verdade, tinha estado perigosamente próximo de tentar matar seu pai. A elucidação ocorreu na forma de um sonho que ele ilustrou com um desenho. No sonho aparecia sua mão procurando pela mão de sua namorada. Entre as duas mãos aparecendo no sonho havia uma barreira feita de vidro. A violência que ele temia estava relacionada com a tentativa de romper a barreira que havia entre ele e o mundo real, uma barreira que se tornava tanto mais real quanto mais estavam envolvidos seus instintos em relações objetais.

Encaminhei este rapaz a um colega que está dirigindo um hospital psiquiátrico e que admitiu o rapaz com meu diagnóstico de esquizofrenia. O rapaz foi tratado adequadamente no hospital e logo conseguiu se adaptar à comunidade. Digno de nota foi que ele achou abrigo temporariamente da doença mental grave da sua mãe. Sem dúvida, a mudança imediata neste rapaz foi principalmente devida a achar um lar alternativo, que, contudo, não podia durar muito. Logo após sua admissão no hospital se tornou capaz de romper o laço particular que tinha com sua namorada, de quem era excessivamente dependente. Antes da vinda para o hospital o encontravam repetidamente chorando após conversações intermináveis com esta moça, o telefone com seus fios representando o mesmo que a barreira de vidro entre ele e a namorada no sonho. Por causa desta coisa que se interpunha entre ele e a namorada, ele se tornou capaz de sentir toda a intensidade de seu amor e de sua dependência. A moça tinha sido necessária para deslocar a mãe doente. Ele melhorou após cortar sua dependência da namorada e ficou mais à vontade com os outros membros do grupo e com o pessoal do hospital.

É aqui que o caso deste rapaz parece apropriado em um discurso pronunciado neste hospital, neste momento. Ele ilustra as dificuldades. No hospital o rapaz pôde usar os excelentes departamentos de terapia ocupacional e de arte terapêutica. Iniciou um trabalho muito criativo e original tanto em modelagem como em pintura. Tudo que fazia tinha um significado notável. Frequentemente pacientes psicóticos ou quase psicóticos conseguem bons resultados quando tentam um trabalho original em um dos departamentos de reabilitação. O problema foi que este rapaz melhorou tanto e apreciou tanto seu novo relacionamento com o mundo que estabelecera nesta pequena comunidade que os médicos alteraram seu diagnóstico. Concluíram que era histérico e algo anti-social e que o fator externo das condições de sua casa era a causa principal dele achar que estava doente. Por isso o rapaz teve alta, não sem antes que o médico encontrasse para ele uma boa escola, onde todas as dificuldades do rapaz foram expostas ao diretor. Após alguns meses na nova escola, o rapaz começou a manifestar de novo os sintomas por causa dos quais tinha sido hospitalizado; tornou-se violento e destrutivo e incapaz de se concentrar no trabalho. Foi novamente diagnosticado como esquizofrênico; foi rapidamente retirado da escola e atualmente os pais estão tentando fazer frente à difícil situação procurando conseguir para ele uma viagem ao redor do mundo com duração ilimitada, na esperança de que quando retorne ao lar tenha superado suas dificuldades. Até então, naturalmente, ele pode se meter em sérias complicações ou mesmo ferir alguém.

Este caso infeliz pode ser usado para ilustrar o fato de que um departamento de reabilitação bem-sucedido pode alterar o quadro clínico e fazer parecer que um paciente melhorou, de modo que se perde de vista o diagnóstico original. Vocês aqui no departamento estarão atentos a estes perigos e não serão enganados, por exemplo, por excelentes produções artísticas que de fato podem revelar saúde potencial em um paciente mas que não significam saúde propriamente dita.

Resumo

Esboçaram-se algumas características da adolescência e se discutiu a relação dessas características com a sintomatologia de jovens com doenças psiquiátricas na época da puberdade. Relata-se um caso que ilustra algumas das dificuldades que fazem parte do manejo de pacientes deste grupo etário, e da provisão de recursos de reabilitação como estes que estão sendo formalmente inaugurados no dia de hoje.

Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica[1] (1963) 23

Não há nada de novo na idéia de dependência, tanto na vida inicial do indivíduo como na transferência que ganha impulso à medida que decorre o tratamento psicanalítico. O que acho que deve ser reexaminado de tempos em tempos é a relação entre estes dois tipos de dependência.

Não preciso citar Freud. A dependência do paciente, do analista, foi sempre reconhecida e inteiramente admitida e se revela por exemplo na relutância do analista em aceitar um paciente novo um ou dois meses antes de longas férias de verão. O analista teme, com razão, que a reação do paciente à interrupção envolverá mudanças profundas que ainda não estão disponíveis para análise. Começarei com os desenvolvimentos deste tema.

Uma jovem paciente teve de esperar alguns meses antes de poder começar e então pude vê-la somente uma vez por semana; mais tarde consegui para ela sessões diárias exatamente quando tinha ficado de viajar para o exterior por um mês. A reação à análise foi positiva e o desenvolvimento, rápido. Verifiquei que esta mulher independente se tornou, em seus sonhos, extremamente dependente. Em um sonho ela tinha uma tartaruga, mas a casca era mole, de modo que o animal estava desprotegido e portanto poderia sofrer. De modo que no sonho ela matava a tartaruga para salvá-la do sofrimento intolerável que viria a ter. A tartaruga era ela mesma e indicava uma tendência ao suicídio. Era para curar essa tendência que ela tinha vindo se tratar.

O problema era que ela, em sua análise, ainda não tinha tido tempo para lidar com suas reações ao meu afastamento, de modo que ela teve este sonho de suicídio,

1 – Estudo lido perante a Sociedade Psicanalítica de Boston, em outubro de 1962, e publicado pela primeira vez no *Int J. Psycho-Anal.* 44, p. 339-44.

embora de modo obscuro. Antes de ir, eu apenas tinha tempo para capacitá-la a perceber uma relação entre a reação física e minha partida. Minha partida reconstituiu um episódio traumático ou uma série de episódios de seu próprio tempo de lactente. Era, por assim dizer, como se eu a estivesse sustendo e então ficasse preocupado com algum outro assunto, de modo que ela se sentiu *aniquilada*. Esta foi sua palavra para aquilo. Ao se matar ela conseguiria controle sobre ser aniquilada no momento de ser dependente e vulnerável. No seu eu e corpo sadios, com seus tremendos impulsos para viver, ela tinha carregado por toda a sua vida a lembrança de ter tido alguma vez um tremendo desejo de morrer; e agora a doença física vinha como uma localização em um órgão do corpo desse desejo tremendo de morrer. Ela se sentia desamparada em relação a isso até que pude interpretar para ela o que estava ocorrendo, pelo que se sentiu aliviada e se tornou capaz de me deixar partir. Incidentalmente, sua doença física diminuiu como ameaça e começou a melhorar, parcialmente, é claro, porque ela estava recebendo tratamento apropriado.

Se houvesse necessidade de ilustrações, isto poderia demonstrar o risco de se subestimar a dependência da transferência. O surpreendente é que uma interpretação pode levar a uma mudança e se pode apenas presumir que a compreensão em nível profundo e a interpretação no momento exato são formas consistentes de adaptação. Neste caso, por exemplo, a paciente se tornou capaz de enfrentar minha ausência porque sentiu (em um nível) que agora ela não estava sendo aniquilada, mas, de modo positivo, estava sendo mantida em existência por ter uma realidade como objeto de minha preocupação. Um pouco mais tarde, em uma dependência mais completa, a interpretação verbal não seria suficiente, ou poderia ser dispensada.

Observar-se-á que eu poderia ir em cada uma das duas direções, começando de um fragmento de uma análise. Uma direção nos levaria à análise da reação à perda e assim à parte principal daquilo que aprendemos em nosso treinamento psicanalítico. A outra direção nos leva ao que eu quero discutir neste estudo. Esta outra orientação me leva à compreensão que temos em nós mesmos e que nos faz saber que devemos evitar viajar logo após iniciar uma análise. É a percepção da vulnerabilidade do ego do paciente, o oposto à força do ego. Satisfazemos as necessidades dos pacientes de inúmeras formas, porque sabemos mais ou menos como o paciente está se sentindo, e podemos encontrar o equivalente do paciente em nós mesmos. Isso tudo é feito silenciosamente, e o paciente habitualmente permanece inconsciente do que fazemos bem, mas se torna consciente do papel que desempenhamos quando as coisas vão mal. É então, quando falhamos a este respeito, que o paciente reage ao imprevisível e sofre uma quebra da continuidade de sua existência. Eu quero considerar este ponto em particular mais tarde neste estudo, ao discutir o estudo de Zetzel no Congresso de Genebra (1956).

Meu objetivo geral é relacionar a dependência na transferência psicanalítica à dependência em vários estágios do cuidado do lactente e da criança. Ver-se-á que estou envolvido na tentativa de avaliar o fator externo. Posso considerar fazer isso sem que se imagine que estou voltando ao que a psicanálise sempre defendeu nos últimos quarenta anos em psiquiatria de crianças. A psicanálise defendeu o fator pessoal, os mecanismos envolvidos no crescimento emocional do indivíduo, os esforços e tensões internas que levam o indivíduo à organização de defesas, e a visão da doença neurótica como evidência de uma tensão intrapsíquica que está baseada nos impulsos do id que ameaçam o ego do indivíduo. Mas aqui retornamos à vulnerabilidade do ego e portanto à dependência.

É fácil verificar por que os psicanalistas relutaram em escrever sobre o fator ambiental, uma vez que tem sido freqüentemente verdade que aqueles que tentaram ignorar ou negar o significado das tensões intrapsíquicas ressaltaram principalmente o fator externo desfavorável como causa de doença na psiquiatria infantil. Contudo, a psicanálise está agora bem estabelecida e podemos nos permitir examinar o fator externo tanto bom como mau.

Se aceitamos a idéia de dependência, então começamos já a examinar o fator externo, e na verdade quando dizemos que um analista deve ser treinado estamos dizendo que um fator essencial para a análise ortodoxa é um fator externo, isto é, o *analista suficientemente bom*. Tudo isso é evidente por si só; ainda assim posso encontrar aqueles que *ou* nunca mencionam este fator externo como sendo realmente importante *ou então* falam dele todo o tempo, ignorando os fatores internos no processo. Como disse Zetzel em um seminário recentemente: de início Freud pensou que todas as pessoas neuróticas tinham tido um trauma sexual na meninice, e mais tarde descobriu que o que elas tinham tido era desejos. Então por muitas décadas presumimos nos escritos analíticos que não existia tal coisa como traumas sexuais reais. Agora temos que admitir isso também.

No exame deliberado do fator externo, estou por isso empenhado em descrever a personalidade do analista, sua capacidade para se identificar com o paciente, o equipamento técnico e assim por diante, até os vários detalhes do cuidado da criança, e então, de modo mais específico, o estado especial em que está a mãe (e talvez também o pai, embora ele tenha menos oportunidade de demonstrá-lo) no curto espaço de tempo cobrindo os últimos estágios da gravidez e primeiros meses da vida do lactente.

A psicanálise como aprendemos não é de forma alguma igual ao cuidado da criança. De fato, os pais que interpretam o inconsciente para seus filhos estão se preparando para mau tempo. Mas na parte de nosso trabalho como analistas a que estou me referindo, não há nada do que fazemos que não esteja relacionado com o cuidado do lactente e da criança. Nesta parte de nosso trabalho podemos na verdade aprender o que fazemos por sermos pais, por termos sido crianças, por observar mães com bebês muito pequenos ou que ainda não nasceram, por correlacionar falhas dos pais com estados clínicos subseqüentes de crianças doentes. Embora saibamos que a doença psiconeurótica não é causada pelos pais, sabemos também que a saúde mental da criança não se pode estabelecer sem cuidado paterno ou materno suficientemente bons. Sabemos ainda que uma experiência ambiental corretiva não cura diretamente o paciente mais do que um mau ambiente causa diretamente a estrutura da doença. Referir-me-ei novamente a isto no final deste estudo.

Quero agora me referir novamente ao meu fragmento de material clínico. Muito cedo na análise essa paciente ficava representada em seu material de sonho como

criaturas frágeis e muitas vezes mimadas, e agora ela tinha sonhado com uma tartaruga com uma casca mole.[2] Notar-se-á que isto indica o caminho para uma regressão à dependência que estava por vir. A paciente tinha tido vários anos de análise seguindo as linhas habituais por um analista que desencorajava regressão em seu tratamento se isso ameaçasse se tornar fingimento e envolver dependência do analista. Ela estava portanto mais do que preparada para esta parte do procedimento analítico global, embora necessitando, naturalmente, tanto quanto qualquer outra, da interpretação habitual que se torna apropriada para cada dia, ou mesmo para cada minuto.

Se eu for um pouco além na questão do problema interpretativo na análise desse fragmento, acho que poderei demonstrar o quanto esses dois aspectos estão interligados: o mecanismo intrapsíquico e a dependência, que por definição envolve o ambiente e seu comportamento.

Eu tinha muito material neste caso para interpretação da reação do paciente à minha partida em termos de sadismo oral que faz parte do amor reforçado pela raiva – raiva de mim e de todos os outros em sua vida que a tinham deixado, incluindo a mãe que a desmamara. Eu poderia ter avaliado os prós e os contras, totalmente justificado em termos do que a paciente me relatara, mas então teria sido um mau analista fazendo uma boa interpretação. Teria sido mau analista por causa do modo que o material me tinha sido apresentado. Durante todo o tempo do trabalho analítico estamos avaliando e reavaliando a força do ego do paciente. O material me tinha sido fornecido de forma a indicar que a paciente sabia que podia confiar que eu não fosse usá-lo de modo brusco. Ela era hipersensível a todas as drogas e doenças e à mais leve crítica, e eu devia esperar que ela fosse sensível a qualquer erro que eu cometesse na estimativa da força do seu ego. Algo central em sua personalidade sentia com excessiva facilidade a ameaça do aniquilamento; clinicamente, naturalmente, ela se tornava durona e extremamente independente, bem defendida, e com isso ia um sentimento de futilidade e de ser irreal.

De fato, o seu ego era incapaz de acomodar qualquer emoção forte. Ódio, excitação, medo – cada qual se separava como um corpo estranho, e se tornava com excessiva facilidade localizado em um órgão do corpo que entrava em espasmo e tendia a se destruir pela perversão de seu funcionamento fisiológico. A razão pela qual os sonhos regressivos e de dependência apareceram tinha que ver principalmente com o fato de ela verificar que eu não usava cada porção do material para interpretação, mas que guardava tudo para empregar no momento oportuno e me contentar no momento em fazer a preparação da chegada da dependência que estava a caminho. Esta fase de dependência seria muito dolorosa para a paciente, e ela o sabia, e um risco de suicídio se associava a isso, mas, como ela dizia, não havia outro jeito. *Havia* um outro jeito, pois se seu analista não fosse capaz de se defrontar com sua dependência de modo que a regressão se tornasse uma experiência terapêutica ela sucumbiria em uma doença psicossomática que traria o tão necessitado cuidado, mas não o *insight* ou o cuidado mental que pode realmente fazer a

2 – A propósito, ela poderia também ser o cavalo que tinha sido morto a tiros, ou poderia ter sido empurrada a pontapés de dentro de um aeroplano.

diferença. O analista deveria saber por que o paciente preferivelmente se suicidaria a viver sob a ameaça do aniquilamento.

Ao examinar este material deste modo, chegamos ao ponto em que estamos discutindo tanto a análise como a satisfação das necessidades de dependência. Uma corrente de "boas" interpretações relativas ao conteúdo geral da sessão produziria raiva ou excitação e não era possível ainda para esta paciente se defrontar com todas essas experiências emocionais. Seria portanto ruim nos termos de minha conceituação atual do processo analítico interpretar os vários aspectos que se relacionam com a separação prematura.

No decurso de uma conversa em que fizemos planos para o futuro e discutimos a natureza de sua moléstia e os riscos inerentes à continuação do tratamento, eu disse:[3] "Pois eis você doente, e podemos observar que a doença física oculta uma reação extrema à minha partida, embora você não seja capaz de atingir uma percepção direta pelo sentimento da mesma. De modo que você poderia dizer que eu lhe causei a doença como outros a fizeram ficar doente quando você era um bebê, e poderia ficar braba." Ela respondeu: "Mas não estou". (Na verdade ela me mantém em uma posição idealizada no presente e tende a achar que médicos do corpo são perseguidores.) Então repliquei: "O caminho é este, amplamente aberto para seu ressentimento e raiva mas esta se recusa a trilhar esse caminho".

A paciente me disse que o motivo principal que a tinha levado a este tão rápido e involuntário envolvimento na dependência era o fato de eu permitir que as coisas acontecessem e querer saber o que cada sessão traria. Na verdade o padrão era tal que ela começava como se a sessão fosse uma visita social. Ela se deitava e revelava uma percepção intelectual bem clara de si própria e do ambiente. Eu a seguia nisto e havia muito silêncio. Próximo do fim da sessão ela inesperadamente se lembrava de um sonho e recebia então minha interpretação do mesmo. Os sonhos apresentados deste modo não eram muito obscuros, e podia geralmente se perceber que a resistência do sonho se situava nos quarenta e cinco minutos de material que o haviam precedido e que não era bom material para interpretação. O que era sonhado, relembrado e apresentado estava dentro dos limites da capacidade da estrutura e força de seu ego.

Assim esta paciente ia se tornar muito dependente de mim por um período; a esperança era que, para seu bem, como para o meu, esta dependência se mantivesse dentro do âmbito da transferência e das sessões e situação analíticas. Mas como antecipar isso? Como se pode fazer este tipo de diagnóstico que se relaciona com a avaliação das necessidades?

Em termos de *cuidado infantil,* gostaria de exemplificar regressão a serviço do ego examinando as fases de mimo que os pais verificam precisarem as crianças de tempos em tempos – pais, isto é, que não mimam seus filhos por causa de suas próprias ansiedades. Tais fases de mimo podem melhorar sem o envolvimento de um médico ou de uma clínica de orientação infantil. É difícil citar um caso sem fazer pare-

3 – Eu estava claramente influenciado pelo nível intelectual de seu método de apresentar o material.

cer que seja raro, mas estes assuntos são experiência comum na vida em família, quando os pais cuidam de seus filhos. Por poucas horas, ou dias ou semanas, em um contexto particular, a criança é tratada como se fosse menor do que de fato é cronologicamente. Algumas vezes sucede que a criança bate a cabeça ou corta o dedo; vai num instante de quatro para dois anos e fica chorando e se consolando com a cabeça no colo da mãe. Após um tempo, ou depois do sono, está de novo crescida e ainda mais do que se esperaria de sua idade.

Eis um menino de dois anos (Winnicott, 1963). Reagiu muito mal aos vinte meses à ansiedade que sua mãe experimentou quando concebeu. Fazia parte de seu padrão ficar extremamente ansiosa com a concepção. Ele interrompeu o uso do urinol e a fala e seu progresso ulterior foi detido. Quando o nenê nasceu, ele não ficou hostil ao mesmo mas queria que lhe dessem banho, como ao pequeno. Com o dar de mamar ao bebê ele começou a chupar o dedo, o que não era parte de seu padrão anterior. Fez exigências especiais à indulgência de seus pais, precisando dormir na cama deles por vários meses. Sua linguagem ficou detida.

Os pais enfrentaram todas essas mudanças e exigências de modo satisfatório, mas os vizinhos disseram que eles estavam mimando o menino. Eventualmente o menino emergiu desta regressão ou recuo e os pais puderam acabar com o mimo quando ele tinha oito anos, depois de ter passado por uma fase em que estava roubando dinheiro deles.

Este é um tipo comum de caso em psiquiatria de crianças, tanto quanto sei, especialmente na clínica particular, em que as crianças são trazidas por sintomas que, em clínica de orientação de crianças, poderiam ser considerados insignificantes. Tem sido uma parte importante de minha orientação na psiquiatria infantil que em tais casos não se cogita, de início, de psicanálise; cogita-se de apoio a esses pais em sua condução da infância de seus filhos. Pode-se estar na posição de, naturalmente, prover assistência psicanalítica ao mesmo tempo que os pais estão se encarregando da amamentação mental do paciente, mas é uma tarefa formidável tratar tais casos pela psicanálise se não há a provisão paterna que satisfaça as necessidades de amamentação mental. Sem esta, o psicanalista realizando a psicanálise pode ter de lidar com o paciente não só sonhando com ser cuidado pelo analista em casa deste como também de realmente ser adotado por este.

Um corolário disto é que quando uma análise ortodoxa de criança tem êxito há um reconhecimento a ser feito por parte do analista de que os lares dos pais, parentes, auxiliares, amigos, etc., fizeram quase a metade do tratamento. Não precisamos proclamar esse reconhecimento em voz alta, mas precisamos ser honestos sobre estas questões da dependência do paciente quando estamos concebendo a teoria.

Chego agora ao *relacionamento lactente-mãe* mais precoce. Muito foi escrito sobre isso. Quero chamar sua atenção para a parte desempenhada pela mãe na época da grande dependência do bebê, no início. Embora acredite que os leitores estão bem a par dessas questões, desejo examiná-las novamente.

Quero aqui me referir ao trabalho de Zetzel (1956). Não preciso unir todas as linhas que contribuíram para a produção de seus tão valiosos *Current Concepts of*

Transference. Quero apenas extrair de seu estudo os parágrafos em que se refere a meu próprio trabalho. Ela escreve: "Outros analistas – o Dr. Winnicott, por exemplo –atribuem psicose principalmente a experiências traumáticas severas, particularmente de privação na infância inicial. Conforme este ponto de vista, a regressão profunda oferece uma oportunidade de satisfazer, na situação de transferência, as necessidades primitivas que não foram satisfeitas ao nível apropriado do desenvolvimento. Sugestões semelhantes foram propostas por Margolin e outros (. . .)"

Alegro-me de ter a oportunidade de citar esta descrição de minha atitude sobre este tema, um tema que tem grande importância porque um dos pontos de crescimento da psicanálise é o do tratamento de pacientes *borderline* e a tentativa de formular uma teoria das doenças psicóticas, especialmente a esquizofrenia.

De início, atribuo eu psicose principalmente a experiências traumáticas severas, parcialmente por privação na infância inicial? Posso compreender bem que foi esta a impressão que dei, tendo por isso mudado o modo como apresento meu ponto de vista no decurso da década passada. É necessário, contudo, fazer algumas correções. Afirmei decididamente que na etiologia da doença psicótica e em particular da esquizofrenia (exceto na extensão em que os elementos hereditários estão atuantes) tem de se atentar para uma falha no processo total do cuidado do lactente. Em um estudo fui até o ponto de afirmar: "Psicose é uma doença de deficiência do ambiente". Zetzel emprega a expressão "experiências traumáticas severas" e estas palavras implicam a ocorrência de acontecimentos ruins, coisas que parecem ruins do ponto de vista do observador. As deficiências a que estou me referindo são falhas da provisão básica – como minha partida para os Estados Unidos quando minha paciente não está pronta para as reações que devem ocorrer nela com minha partida. Em outros estudos examinei com grandes detalhes os tipos de falhas que constituem falhas da provisão básica. O ponto principal é que essas falhas são imprevisíveis; não podem ser consideradas pelo lactente como projeções, porque este não chegou ainda ao estágio de estrutura do ego que torna isto possível e o resultado é o *aniquilamento* do indivíduo. A continuidade de sua existência é interrompida.

As mães que não são doentes na verdade evitam este tipo de falha no cuidado do lactente.

Sob o título de "preocupação materna primária", me referi às profundas mudanças que ocorrem na mulher que está tendo um bebê e minha opinião é que este fenômeno, tenha o nome que se queira, é essencial para o bem-estar do lactente. É essencial porque sem ela não existe ninguém que esteja suficientemente identificado com o lactente para saber o que ele necessita, de modo que fica faltando a porção básica de adaptação. Compreende-se que não estou me referindo a adaptação em termos de satisfazer os instintos do id.

Uma porção básica de provisão ambiental facilita o tão importante *desenvolvimento maturativo* das primeiras semanas e meses e qualquer falha na adaptação inicial é um fator traumático interferindo no processo de integração que leva ao estabelecimento no indivíduo de um *self* que existe, que adquire existência psicossomática e desenvolve uma capacidade de se relacionar com objetos.

Portanto, uma exposição de meu ponto de vista incluiria o seguinte:

1 – É na doença neurótica que encontramos os conflitos que são exclusivamente do indivíduo e relativamente livres de determinantes ambientais. É necessário se ser suficientemente sadio na idade pré-escolar para poder ter doença neurótica, para não se falar de saúde.

2 – É nos estágios iniciais que a base da saúde mental do indivíduo é estabelecida. Isto envolve:

a) os processos de maturação, que são tendências herdadas, e

b) as condições ambientais necessárias para os processos de maturação se realizarem.

Neste sentido, a falha da provisão elementar básica inicial perturba os processos de maturação, ou evita que eles contribuam para o crescimento emocional da criança, e é esta falha do processo de maturação, integração, etc. que constitui o estado de doença que chamamos de psicótico. Esta falha da provisão ambiental (privação) não é usualmente descrita pela palavra "perda", daí a necessidade de corrigir as palavras de Zetzel na referência a meu trabalho.

3 – Uma dificuldade na formulação deste conceito é o fato de haver uma posição intermediária em que a provisão ambiental é boa de início mas falha depois. Tem êxito na organização do ego de extensão considerável e então falha em um estágio em que o indivíduo ainda não foi capaz de estabelecer um ambiente interno – isto é, de ficar independente. Isto é o que habitualmente é chamado de "perda" e não leva à psicose; leva ao desenvolvimento no indivíduo de uma "tendência anti-social", que pode por sua vez forçar a criança a ter um distúrbio de caráter e se tornar um delinqüente e reincidente.

Toda essa simplificação excessiva necessita de uma elaboração que expus alhures e que não posso reunir toda aqui. Quero, contudo, referir-me brevemente a alguns dos efeitos desta atitude em relação à doença mental em nosso modo de pensar.

1 – Um deles é que é nas psicoses – e não nas neuroses – que devemos esperar exemplos de autocura. Algum evento ambiental, talvez uma amizade, pode prover uma correção da falha da provisão básica e desfazer o bloqueio que impedia a maturação de um modo ou de outro. De qualquer modo, é muitas vezes a criança muito doente na psiquiatria infantil que pode ser auxiliada a crescer por uma psicoterapia de lancheria, ao passo que no tratamento das neuroses sempre se quer ser capaz de prover um tratamento psicanalítico.

2 – O segundo deles é que uma experiência corretiva não é suficiente. Por certo, nenhum analista se *propõe a prover* uma experiência corretiva na transferência, porque isto em si é uma contradição; a transferência em todos os seus detalhes se processa através do processo psicanalítico inconsciente do paciente e depende para seu desenvolvimento de interpretação que é sempre relativa ao material apresentado ao analista.

Naturalmente, a prática de uma boa técnica psicanalítica *pode* por si só ser uma experiência corretiva e, por exemplo, na análise um paciente pode, pela primeira vez na vida, conseguir a atenção total de outra pessoa, ainda que limitada à consistentemente estabelecida sessão de cinqüenta minutos; ou pode, pela primeira vez, estar em contato com alguém que é capaz de ser objetivo. E assim por diante.

Mesmo assim, a provisão corretiva nunca é suficiente. O que é que poderia ser o suficiente para que alguns dos pacientes ficassem bem? Ao final o paciente utiliza as falhas do analista, muitas vezes pequenas, talvez induzidas pelo paciente, ou o paciente produz elementos transferenciais delirantes (Little, 1958) e temos que tolerar sermos mal compreendidos em extensão limitada. O fator operativo é que o paciente agora odeia o analista pela falha que originalmente ocorreu como um fator ambiental, fora da área de controle onipotente pelo lactente, mas que *agora* é apresentada na transferência.

De modo que no final temos êxito por falhar – falhar no sentido do paciente. Esta é uma distância longa da simples teoria da cura pela experiência corretiva. Deste modo, a regressão pode estar a serviço do ego se recebida pelo analista e transformada em uma nova dependência em que o paciente traz o fator prejudicial externo para a área de seu controle onipotente e para a área controlada pelos mecanismos de projeção e introjeção.

Finalmente, com relação à paciente à qual me referi, não devo falhar nos aspectos do cuidado do lactente e da criança até um estágio posterior, em que ela *me fará falhar* de forma determinada por sua própria história. O que eu temia era que, ao me permitir a experiência de um mês no exterior, eu tivesse já falhado prematuramente e me juntado às variáveis impredizíveis de sua infância inicial e meninice, de modo a fazê-la de novo doente, como na verdade os fatores externos imprevistos a fizeram doente em sua infância.

Bibliografia

ABRAHAM, Karl (1916). 'The First Pregenital Stage of the Libido.' *Selected Papers of Karl Abraham.* (London: Hogarth, 1927)

— (1924). 'A Short Study of the Development of the Libido, Viewed in the Light of Mental Disorders.' *ibid.*

ACKERMAN, N. (1953). 'Psychiatric Disorders in Children – Diagnosis and Aetiology in our Time.' *In: Current Problems in Psychiatric Diagnosis,* ed. Hoch and Zubin. (New York: Grune & Stratton)

AICHHORN, A. (1925). *Wayward Youth.* (New York: Viking, 1935)

BALINT, M. (1951). 'On Love and Hate.' In: *Primary Love and Psycho-Analytic Technique.* (London: Hogarth, 1952)

— (1958). 'The Three Areas of the Mind.' *Int. J. Psycho-Anel., 39.*

BION, W. (1959). 'Attacks on Linking.' *Int. J. Psycho-Anal., 40.*

— (1962a). 'The Theory of Thinking.' *Int. J. Psycho-Anal., 43.*

— (1962b). *Learning from Experience.* (London: Heinemann)

BORNSTEIN, B. (1951). 'On Latency.' *Psychoanalytic Study of the Child, 6.*

BOWLBY, J. (1958). 'Psycho-Analysis and Child Care.' In: *Psycho-Analysis and Contemporary Thought,* ed. J. D. Sutherland. (London: Hogarth)

— (1960). 'Separation Anxiety'. *Int. J. Psycho-Anal., 41.*

BURLINGHAM, D., and FREUD, A. (1944). *Infants without Families.* (London: Allen & Unwin; New York: Int. Univ. Press)

ERIKSON, E. (1950). *Childhood and Society.* (London: Imago; New York: Norton)

— (1958). *Young Man Luther.* (London: Faber)

— (1961). 'The Roots of Virtue.' In: *The Humanist Frame,* ed. J. Huxley. (London: Allen & Unwin)

FENICHEL, O. (1945). *The Theory of Neurosis.* (New York: Norton)

FERENCZI, S. (1931). 'Child Analysis in the Analysis of Adults.' In: *Final Contributions to Psycho-Analysis* (London: Hogarth, 1955)

FORDHAM, M. (1960). Contribution to Symposium on 'Counter-Transference'. *Brit. J. med. Psychol, 33.*

FREUD, A. (1936). *The Ego and the Mechanisms of Defence.* (London: Hogarth, 1937)

— (1946). *The Psycho-Analytical Treatment of Children.* (London: Imagol

— (1953). 'Some Remarks on Infant Observations.' *Psychoanalytic Study of the Child, 8.*

— (1963). 'Regression as a Principle in Mental Development.' *Bull. Menninger Clinic, 27.*

FREUD, S. (1905a). *Three Essays on the Theory of Sexuality. Standard Edition, 7.*

— (1905b). 'On Psychotherapy.' *Standard Edition, 7.*

— (1909). 'The Analysis of a Phobia in a Five-Year-Old Boy.' *Standard Edition, 10.*

— (1911). 'Formulations on the Two Principles of Mental Functioning.' *Standard Edition, 12.*

— (1914). 'On Narcissism.' *Standard Edition, 14.*

— (1915). 'Some Character-Types met with in Psycho-Analytic Work.' *Standard Edition, 14.*

FREUD, S. (1917). 'Mourning and Melancholia.' *Standard Edition, 14.*

— (1920). Beyond the Pleasure Principle. *Standard Edition, 18.*

— (1926). *Inhibitions, Symptoms and Anxiety. Standard Edition, 20.*

— (1937). 'Analysis Terminable and Interminable.' *Standard Edition, 23.*

GILLESPIE, W. (1944). 'The Psychoneuroses.' *J. ment. Sci., 90.*

GLOVER, E. (1949). 'The Position of Psycho-Analysis in Great Britain.' *British Medical Bulletin, 6.*

— (1956). *On the Early Development of Mind.* (London: Imago)

GREENACRE, P. (1958). 'Early Physical Determinants in the Development of the Sense of Identity.' *J. Amer. Psychoanal. Assoc., 6.*

GUNTRIP, H. (1961). *Personality Structure and Human Interaction.* (London: Hogarth)

HARTMANN, H. (1939). *Ego Psychology and the Problem of Adaptation.* (London: Imago, 1958)

— (1954). Contribution to Discussion of 'Problems of Infantile Neurosis'. *Psychoanalytic Study of the Child, 9.*

HOCH, P., and ZUBIN, J. (1953). *Current Problems in Psychiatric Diagnosis* (New York: Grune & Stranon)

HOFFER, W. (1955). *Psychoanalysis: Practical and Research Aspects* (Baltimore: Williams & Wilkins)

JAMES, H. M. (1962). 'Infantile Narcissistic Trauma.' *Int. J. Psycho-Anal., 43.*

KLEI N, M. (1932). *The Psycho-Analysis of Children.* (London: Hogarth)

— (1935). 'Contribution to the Psychogenesis of Manic Depressive States.' In: *Contributions to Psycho-Analysis, 1921-1945.* (London: Hogarth)

— (1940). 'Mourning and its Relation to Manic Depressive States.' ibid.

— (1946). 'Notes on Some Schizoid Mechanisms.' In: *Developments in Psycho-Analysis,* ed. J. Riviere. (London: Hogarth)

— (1948). *Contributions to Psycho-Analysis, 1921-1945.* (London: Hogarth)

— (1961). *Narrative of a Child Analysis.* (London: Hogarth)

KRIS, E. (1950). 'Notes on the Development and on Some Current Problems of Psychoanalytic Child Psychology.' *Psychoanalytic Study of the Child, 5.*

— (1951). 'Opening Remarks on Psychoanalytic Child Psychology.' *Psychoanalytic Study of the Child, 6.*

LAING, R. D. (1960). *The Divided Self.* (London: Tavistock)

— (1961). *The Self and Others.* (London: Tavistock)

LITTLE, M. (1958). *'On Delusional Transference (Transference Psychosis).' Int. J. Psycho-Anal., 39.*

MENNINGER, K., et al. (1963). *The Vital Balance.* (New York: Basic Books)

MONCHAUX, C. de (1962). 'Thinking and Negative Hallucination.' *Int. J. Psycho-Anal, 43.*

RIBBLE, M. (1943). *The Rights of Infants.* (New York: Columbia Univ. Press)

RICKMAN, J. (1928). *The Development of the Psycho-Analytical Theory of the Psychoses, 1893-1926.* Int. J. Psycho-Anal. Suppl. 2. (London: Baillière)

SEARLES, H. F. (1959). 'The Effort to Drive the Other Person Crazy – An Element in the Aetiology and Psychotherapy of Schizophrenia.' *Brit. J. med. Psychol., 32.*

— (1960). *The Nonhuman Environment* (New York: Int. Univ. Press)

SECHEHAYE, M. (1951). *Symbolic Realisation.* (New York: Int. Univ. Press)

STRACHEY, J. (1934). 'The Nature of the Therapeutic Action of psycho-Analysis.' *Int. J. Psycho-Anal., 15.*
WHEELIS, A. (1958). *The Quest for Identity.* (New York: Norton)
WICKES, F. G. (1938). *The Inner World of Man.* (New York: Farrar & Rinehart; London: Methuen, 1950)
WINNICOTT, C. (1954). 'Casework Techniques in the Child Care Services.' *Child Care and Social Work.* (Codicote Press, 1964)
– (1962). 'Casework and Agency Function.' *ibid.*
WINNICOTT, D. W. (1936). ''Appetite and Emotional Disorder.' *Collected Papers.*
– (1941). 'The Observation of Infants in a Set Situation.' *ibid.*
– (1945). 'Primitive Emotional Development.' *ibid.*
– (1947). 'Hate in the Counter Transference.' *ibid.*
– (1948). 'Reparation in Respect of Mothers' Organized Defence against Depression. *ibid.*
– (1949a) *The Ordinary Devoted Mother and her Baby.* Nine Broadcast Talks. Republished in: *The Child and the Family.* (London: Tavistock, 1957)
– (1949b) 'Birth Memories, Birth Trauma, and Anxiety.' *Collected Papers.*
– (1949c) 'Mind and its Relation to the Psyche-Soma.' *ibid.*
– (1951). 'Transitional Objects and Transitional Phenomena.' *ibid.*
– (1952). 'Psychoses and Child Care.' *ibid.*
– (1953). 'Symptom Tolerance in Paediatrics: A Case History.' *ibid.*
– (1954a). 'Withdrawal and Regression.' *ibid.*
– (1954b). 'The Depressive Position in Normal Emotional Development.' *ibid.*
– (1954c). 'Metapsychological and Clinical Aspects of Regression within the Psycho-Analytical Set-up.' *ibid.*
– (1956a). 'Primary Maternal Preoccupation.' *ibid.*
– (1956b). 'The Antisocial Tendency.' *ibid.*
– (1958). *Collected Papers: Through Paediatrics to Psycho-Analysis* (London: Tavistock)
– (1962). 'Adolescence.' *The Family and Individual Development.* (London: Tavistock, 1965)
– (1963). 'Regression as Therapy Illustrated by the Case of a Boy whose Pathological Dependence was Adequately Met by the Parents.' *Brit. J. med. Psychol., 36*
ZETZEL, E. (1956). 'Current Concepts of Transference.' *Int. J. Psycho-Anal., 37.*

Obras de D. W. WINNICOTT (1926-1964)

A bibliografia a seguir relaciona todas as obras de Winnicott. Os artigos estão arrolados de acordo com o ano da primeira publicação. Uma data mais antiga entre parênteses se refere à época da primeira apresentação. Republicações e traduções de artigos estão arroladas de acordo com o ano da primeira publicação e não estão repetidas. Revistas foram incluídas quando possível. Há outras cuja data não foi possível obter. Os algarismos em negrito representam números de volumes. A bibliografia está dividida em duas partes: a parte A inclui apenas livros e a parte B é a bibliografia completa.

M.M.R.K.

PARTE A

Clinical Notes on Disorders of Childhood. (London: Heinemann, 1931)
The Child and the Family: First Relationships (London: Tavistock, 1957)
incluindo:
- A Man Looks at Motherhood (1949)
- Getting to Know your Baby (1944)
- The Baby as a Going Concern (1949)
- Infant Feeding (1944)
- Where the Food Goes (1949)
- The End of the Digestive Process (1949)
- The Baby as a Person (1949)
- Close-Up of Mother Feeding Baby (1949)
- Why Do Babies Cry? (1944)
- The World in Small Doses (1949)
- The Innate Morality of the Baby (1949)
- Weaning (1949)
- Knowing and Learning (1950)
- Instincts and Normal Difficulties (1950)
- What About Father? (1944)
- Their Standards and Yours (1944)
- Young Children and Other People (1949)
- What Do We Mean by a Normal Child? (1946)
- The Only Child (1945)
- Twins (1945)
- Stealing and Telling Lies (1949)
- Visiting Children in Hospital (1951)
- On Adoption (1955)
- First Experiments in Independence (1955)
- Support for Normal Parents (1944)
- The Mother's Contribution to Society (1957)

The Child and the Outside World: Studies in Developing Relationships. (London: Tavstock,1957)
incluindo:
- Needs of the Under-Fives in a Changing Society (1954)
- The Child's Needs and the Role on the Mother in the Early Stages (1951)
- On Influencing and Being Influenced (1941)
- Educational Diagnosis (1946)
- Shyness and Nervous Disorders in Children (1938)
- Sex Education in Schools (1949)
- Pitfalls in Adoption (1954)
- Two Adopted Children (1953)
- Children in the War (1940)
- The Deprived Mother (1940)
- The Evacuated Child (1945)
- The Return of the Evacuated Child (1945)
- Home Again (1945)
- Residential Management as Treatment for Difficult Children (1947)
- Children's Hostels in War and Peace (1948)
- Towards an Objective Study of Human Nature (1945)
- Further Thoughts on Babies as Persons (1947)
- Breast Feeding (1945)

Why Children Play (1942)
The Child and Sex (1947)
Aggression (1939)
The Impulse to Steal (1949)
Some Psychological Aspects of Juvenile Delinquency (1946)

Collected Papers: Through Paediatrics to Psycho-Analysis. (London: Tavistock; New York: Basic Books, 1958)
incluindo:
A Note on Normality and Anxiety (1931)
Fidgetiness (1931)
Appetite and Emotional Disorder (1936)
The Observation of Infants in a Set Situation (1941)
Child Department Consultations (1942)
Ocular Psychoneuroses of Childhood (1944)
Reparation in Respect of Mother's Organized Defence against Depression (1948)
Anxiety Associated with Insecurity (1952)
Symptom Tolerance in Paediatrics: a Case History (1953)
A Case Managed at Home (1955)
The Manic Defence (1935)
Primitive Emotional Development (1945)
Paediatrics and Psychiatry (1948)
Birth Memories, Birth Trauma, and Anxiety (1949)
Hate in the Counter-Transference (1947)
Aggression in Relation to Emotional Development (1950)
Psychoses and Child Care (1952)
Transitional Objects and Transitional Phenomena (1951)
Mind and its Relation to the Psyche-Soma (1949)
Withdrawal and Regression (1954)
The Depressive Position in Normal Emotional Development (1954)
Metapsychological and Clinical Aspects of Regression within the Psycho-Analytical Set-Up (1954)
Clinical Varieties of Transference (1955)
Primary Maternal Preoccupation (1956)
The Antisocial Tendency (1956)
Paediatrics and Childhood Neurosis (1956)

The Child, the Family, and the Outside World. (Harmondsworth: Penguin Books, 1964. Pelican Book A668)
incluindo:
A Man Looks at Motherhood (1949)
Getting to Know your Baby (1944)
The Baby as a Going Concern (1949)
Infant Feeding (1944)
Where the Food Goes (1949)
The End of the Digestive Process (1949)
Close-Up of Mother Feeding Baby (1949)
Breast Feeding (1945)
Why Do Babies Cry? (1944)
The World in Small Doses (1949)
The Baby as a Person (1949)
Weaning (1949)
Further Thoughts on Babies as Persons (1947)

The Innate Morality of the Baby (1949)
Instincts and Normal Difficulties (1950)
Young Children and Other People (1949)
What About Father? (1944)
Their Standards and Your (1944)
What Do We Mean by a Normal Child? (1946)
The Only Child (1945)
Twins (1945)
Why Children Play (1942)
The Child and Sex (1947)
Stealing and Telling Lies (1949)
First Experiments in Independence (1955)
Support for Normal Parents (1944)
Needs of the Under-Fives (1954)
Mother, Teacher, and the Child's Needs (1953)
On Influencing and Being Influenced (1941)
Educational Diagnosis (1946)
Shyness and Nervous Disorders in Children (1938)
Sex Education in Schools (1949)
Visiting Children in Hospital (1951)
Aspects of Juvenile Delinquency (1946)
Roots of Aggression (1964)

The Family and Individual Development. (London: Tavistock, 1964)
incluindo:
The First Year of Life: Modern Views on the Emotional Development (1958)
The Relationship of a Mother to Her Baby at the Beginning (1960)
Growth and Development in Immaturity (1950)
On Security (Broadcast 1960)
The Five-Year-Old (Broadcast 1962)
Integrating and Disruptive Factors in Family Life (1957)
The Family Affected by Depressive Illness in one or both Parents (1958)
The Effect of Psychotic Parents on the Emotional Development of the Child (1959)
The Effect of Psychosis on Family Life (1960)
Adolescence (1961)
The Family and Emotional Maturity (1960)
Theoretical Statement of the Field of Child Psychiatry (1958)
The Contribution of Psycho-Analysis to Midwifery (1957)
Advising Parents (1957)
Casework with Mentally Ill Children (1959)
The Deprived Child and How He Can Be Compensated for Loss of Family Life (1950)
Group Influences and the Maladjusted Child: The School Aspect (1955)
Some Thoughts on the Meaning of the Word Democracy (1950)

The Maturational Processes and the Facilitating Environment (this volume).

PARTE B

1926

(1) Varicella Encephalitis and Vaccinia Encephalitis. *Brit J. Children's Dis.*, **23**.

1928

(2) The Only Child. In: *The Mind of the Growing Child* (Lectures to the National Society Day Nurseries) ed. Viscountess Erleigh. (London: Faber)

1930

(3) Short Communication on Enuresis. *St Bartholomew's Hosp. J.*, April 1930.
(4) Pathological Sleeping (Case History). *Proc. Roy. Soc. Med.*, **23.**

1931

(5) Pre-Systolic Murmur, Possibly Not Due to Mitral Stenosis (Case History). *Proc. Roy Soc. Med.*, **24.**
(6) Clinical Notes on Disorders of Childhood. (London: Heinemann) (See Section A)
(7) Fidgetiness. In (6). (116).
(8) A Note on Normality and Anxiety. In (6), (116).

1934

(9) The Difficult Child. *J. State Medicine,* **42.**
(10) Papular Urticaria and the Dynamics of Skin Sensation. *Brit. J. Children's Dis,* **31.**

1936

(11) Discussion (with R. S. Addis and R. Miller) on Enuresis. *Proc. Roy. Soc. Med.*, **29.**

1938

(12) Skin Changes in Relation to Emotional Disorder. *St John's Hosp. Derm. Soc. Report,*
(13) Shyness and Nervous Disorders in Children. *The New Era in Home and School,* **19.** Also in (108), (158).
(14) Notes on a Little Boy. *The New Era in Home and School,* **19.**
(15) Review: *Child Psychiatry* by Leo Kanner (Baltimore, Md: Thomas, 1935; London: Baillière. 1937). *Int. J. Psycho-Anal.,* **19.**

1939

(16) The Psychology of Juvenile Rheumatism. In: *A Survey of Child Psychiatry* ed. R. G. Gordon. (London: Oxford Univ. Press)

1940

(17) Children in the War (Broadcast 1939). *The New Era in Home and School,* **21.** Also in (108).
(18) The Deprived Mother (Broadcast 1939). *The New Era in Home and School,* **21.** Also in (108).
(19) Children and their Mothers. *The New Era in Home and School,* **21.**

1941

(20) The Observation of Infants in a Set Situation. *Int J. Psycho-Anal.*, **22.** Also in (116).
(21) On Influencing and Being Influenced. *The New Era in Home and School,* **22.** Also in (108), (158).

1942

(22) Child Depatment Consultations. *Int. J. Psycho-Anal.*, **23.** Also in (116).
(23) Why Children Play. *The New Era in Home and Schooi,* **23.** Also in (108), (158).

1943

(24) Delinquency Research. *The New Era in Home and School,* **24.**
(25) The Magistrate, the Psychiatrist and the Clinic (Correspondence with R. North). *The New Era in Home and School,* **24.**

1944

(26) (with Clare Britton) The Problem of Homeless Children. *Children's Communities Monograph* No. 1. Also in: *The New Era in Home and School,* **25.**
(27) Ocular Psychoneuroses. *Trans. Ophthalmological Soc.*, **44.**

1945

(28) *Getting to Know Your Baby* (Six Broadcast Talks). (London: Heinemann) Also in: *The New Era in Home and School,* **26**; and in (100), (158).
(29) Getting To Know Your Baby. In (28). (100), (158).
(30) Why Do Babies Cry? In (28), (100), (158).
(31) Infant Feeding. In (28), (100), (158).
(32) What about Father? In (28), (100), (158).
(33) Their Standards and Your. In (28), (100), (158).
(34) Support for Normal Parents. In (28), (100), (158).
(35) Talking about Psychology. *The New Era in Home and School,* **26.** Reprinted under the title 'What is Psycho-Analysis?' *The New Era in Home and School* (1952), **33.** Also under the title 'Towards and Objetive Study of Human Nature' in (108).
(36) Thinking and the Unconscious. *The Liberal Magazine,* March 1945.
(37) Primitive Emotional Development. *Int. J. Psycho-Anal.*, **26.** Also in (116). Spanish trans: 'Desarrollo emocional primitivo'. *Rev. de Psicoanal.* (1948). **5.**
(38) *Five Broadcast Talks* in (108).
(39) The Evacuated Child. In (38), (108).
(40) The Return of the Evacuated Child. In (38), (108).
(41) Home Again. In (38), (108).
(42) The Only Child. In (38), (100), (158).
(43) Twins. In (38), (100), (158).

1946

(44) What Do We Mean by a Normal Child? *The New Era in Home and School*, **27.** Also in (100), (158).
(45) Some Psychological Aspects of Juvenile Delinquency. *The New Era in Home and School,* **27.** Also in (108) and as 'Aspects of Juvenile Delinquency' in (158).
(46) Educational Diagnosis. *Nat. Froebel Foundation Bull.* N° 41. Also in (108), (158).

1947

(47) The Child and Sex. *The Practitioner,* **158.** Also in (108), (158).
(48) Babies Are Persons. *The New Era in Home and School,* **28.** Reprinted as 'Further Thoughts on Babies as Persons' in (108), (158).
(49) Physical Therapy of Mental Disorder. *Brit med. J.*, May 1947.

(50) (with Clare Britton) Residential Management as Treatment for Difficult Children. *Human Relations,* **1.** Also in (108).

1948

(51) Children's Hostels in War and Peace. *Brit. J. med. Psychol,* **21.** Also in (108).
(52) Obituary: Susan Isaacs. *Nature,* **162.**
(53) Pediatrics and Psychiatry. *Brit. J. med. Psychob,* **21.** Also in (116).

1949

(54) Sex Education in Schools. *Medical Press,* **222.** Also in (108). (158).
(55) Hate in the Counter-Transference. *Int. J. Psycho-Anal.,* **30.** Also in (116).
(56) Young Children and Other People. *Young Children,* **1.** Also in (100), (158).
(57) Leucotomy. *Brit. med. Students' J.,* **3.**
(58) *The Ordinary Devoted Mother and Her Baby* (Nine Broadcast Talks. Privately published). Reprinted in (100), (158).
(59) Introduction to (58). Republished as 'A Man Looks at Motherhood' in (100), (158).
(60) The Baby as a Going Concern. In (58), (100), (158).
(61) Where the Food Goes. In (58), (100), (158).
(62) The End of the Digestive Process. In (58), (100), (158).
(63) The Baby as a Person. In (58), (100), (158). Also in *Child-Family Dig.*, Feb. 1953.
(64) Close-Up of Mother Feeding Baby. In (58), (100), (158).
(65) The World in Small Doses. In (58), (100), (158).
(66) The Innate Morality of the Baby. In (58), (100), (158).
(67) Weaning. In (58). (100), (158).
(68) Review: *Art versus Illness* by Adrian Hill (London: Allen & Unwin). *Brit. J. med. Psychol,* **22.**

1950

(69) Review: *Infancy of Speech and the Speech of Infancy* by Leopold Stein (London: Methuen, 1949). *Brit. J. med. Psychol.,* **23.**
(70) Some Thoughts on the Meaning of the Word Democracy. *Human Relations,* **3.** Also in (163).

1951

(71) The Foundation of Mental Health. *Brit med. J.,* June 1951.
(72) Review: *Papers on Psycho-Analysis* by Ernest Jones, 5th edn (London: Baillière, 1948). *Brit. J. med. Psychol.,* **24.**
(73) Review: *Infant Feeding and Feeding Difficulties* by P. R. Evans and R. MackKeith (London: Churchill). *Brit. J. med. Psychol.,* **24.**
(74) *The Times* Correspondence on Care of Young Children. *Nursery Journal,* **41.**
(75) Critical Notice: *On Not Being Able to Paint* by Joanna Field (London: Heinemann, 1950). *Brit. J. med. Psychol.,* **34.**

1952

(76) Visiting Children in Hospital (Two B.B.C. Broadcasts, 1951). *Child-Family Digest,* Oct. 1952; *The New Era in Home and School,* **33.** Also in (100), 158).

1953

(77) Psychoses and Child Care. *Brit. J. med. Psychol.,* **26.** Also in (116).
(78) Symptom Tolerance in Paediatrics. *Proc. Roy. Soc. Med.,* **48.** Also in (116).
(79) Transitional Objects and Transitional Phenomena. *Int. J. Psycho-Anal.,* **34.** Also in (116). French trans.: 'Objets transitionnels et phénomènes transitionnels'. In: *La Psychanalyse,* Vol. 5 (Paris: Presses Univ., 1959)
(80) Review: *Psycho-Analysis and Child Psychiatry* by Edward Glover (London: Imago). *Brit. med. J.,* Sept. 1953.
(81) Review: *Maternal Care and Mental Health* by John Bowlby (Geneva: W.H.O., 1951). *Brit. J. med. Psychol.,* **26.**
(82) Review: *Direct Analysis* by John N. Rosen (New York: Grune & Stratton). *Brit. J. Psychol.,* **44.**
(83) Review: *Twins: A Study of Three Pairs of identical Twins* by Dorothy Burlingham (London: Imago, 1952). *The New Era in Home and School,* **34.**
(84) Review : (with M.M.R. Khan): *Psychoanalytic Studies of the Personality* (London: Tavistock, 1952). Int. *J. Psycho-Anal.,* **34.**
(85) (with other members of the group) The Child's Needs and the Role of the Mother in the Early Stages (UNESCO No. 9 in series 'Problems in Education'). Also in (108) and as 'Mother, Teacher and the Child's Needs' in (158).

1954

(86) Review: *Aggression and its Interprtation* by Lydia Jackson (London: Methuen). *Brit. med. J.,* June 1954.
(87) Pitfalls in Adoption. *Medical Press,* **232.** Also in (108).
(88) Two Adopted Children (Talk given to Assoc. Child Care Officers 1953). *Case Conference,* **1.** Also in (108).
(89) Mind and its Relation to the Psyche-Soma. *Brit J. med. Psychol.,* **27.** Also in (116).
(90) The Needs of the Under-Fives in a Changing Society. *The Nursery Journal,* **44.** Also in (108) and as 'The Needs of the Under-Fives' in (158).
(91) Review: *Clinical Management of Behavior Disorders in Children* by H. and R. M. Bakwin (Philadelphia: Saunders, 1953). *Brit. med. J.,* Aug. 1954.

1955

(92) Régression et repli. *Rev. franç. psychanal,* **19.** German trans.: 'Zustände von Entrückung und Regression'. *Psyche* (1956), **10.** In English, 'Withdrawal and Regression', in (116).
(93) *Foreword* to *Any Wife or Any Husband by* Joan Graham Malleson. (London: Heinemann)
(94) Metapsychological and Clinical Aspects of Regression within the Psycho-Analytical Set-Up. *Int. J. Psycho-Anal.,* **36.** Also in (116).
(95) Childhood Psychosis: A Case Managed at Home. *Case Conference,* **2.** Also in (116).
(96) The Depressive Position in Normal Emotional Development. *Brit. J. med. Psychol.,* **28.** Also in (116).
(97) Adopted Children in Adolescence. (Address to Standing Conference of Societies Registered for Adoption.) *Report of Residential Conference,* July 1955.

1956

(98) On Transference. *Int. J. Psycho-Anal.,* **37.** Republished as 'Clinical Varieties of Transference' in (116).

1957

(99) The Contribution of Psycho-Analysis to Midwifery. *Nursing Mirror,* May 1957. Also in (163).
(100) *The Child and the Family. First Relationships.* (London: Tavistock) (See Section A.) American edition: *Mother and Child (A Primer of First Ralationships).* (New York: Basic Books)
(101) Knowing and Learning (Broadcast 1950). In (100).
(102) Instincts and Normal Difficulties (Broadcast 1950). In (100), (158).
(103) Stealing and Telling Lies (1949). In (100), (158).
(104) On Adoption (Broadcast 1955). In (100).
(105) First Experiments in Independence (1955). In (100), (158).
(106) The Mother's Contribution to Society. In (100).
(107) Health Education through Broadcasting. *Mother and Child,* **28.**
(108) *The Child and the Outside World. Studies in Developing Relationships.* (London: Tavistock) (See Section A.)
(109) The Impulse to Steal (1949). In (108).
(110) Breast Feeding (1945 – revised 1954). In (108), (158).
(111) Aggression (1939). In (108).

1958

(112) Twins (Broadcast 1945). *Family Doctor,* Feb. 1958.
(113) Review: *The Doctor, His Patient and The Illness* by Michael Balint (London: Pitman, 1957). *Int. J. Psycho-Anal.,* **39.**
(114) Child Psychiatry. In: *Modern Trends in Paediatrics* ed. A. Holzel and J. P. M. Tizard. (London: Butterworth). Modified as 'Theoretical Statement of the Field of Child Psychiatry.' In (163).
(115) The Capacity to be Alone. *Int. J. Psycho-Anal.,* **39.** Also in (176). German trans.: 'Über die Fähigkeit, allein zu sein'. *Psyche* (1958), **12.** Spanish trans.: 'La capacidad para estar solo'. *Rev. de Psicoanal.* (1959), **16;** *Rev. Uruguaya de Psicoanal.* (1963), **5.**
(116) *Collected Papers Through Paediatrics to Psycho-Analysis* (London: Tavistock; New York: Basic Books) (See Section A.)
(117) Appetite and Emotional Disorder (1936). In (116).
(118) Reparation in Respect of Mother's Organized Defence against Depression (1948 – revised 1954). In (116).
(119) Anxiety Associated with Insecurity (1952). In (116).
(120) The Manic Defence (1935). In (116).
(121) Birth Memories, Birth Trauma, and Anxiety (1949). In (116).
(122) Aggression in Relation to Emotional Development (1950-55). In (116).
(123) Primary Maternal Preoccupation (1956). In (116). German trans.: 'Primäre Mutterlichkeit'. *Psyche* (1960). **14.**
(124) The Antisocial Tendency (1956). In (116).
(125) Paediatrics and Childhood Neurosis. In (116).
(126) Ernest Jones. *Int. J. Psycho-Anal.,* **39.**
(127) New Advances in Psycho-Analysis. Turkish trans.: 'Psikanalizde Ilerlemeler'. *Tipta Yenilikler,* **4.**
(128) Child Analysis. *A Criança Portuguesa,* **17.** Also, under the title 'Child Analysis in the Latency Period', in (176).
(129) Modern Views on the Emotional Development in the First Year of Life. *Medical Press,* March 1958. Republished as 'The First Year of Life' in (163). Ital. trans.: 'Il Primo Anno di Vita'. *Infanzia Anormale* (1959), **30.** German trans.: 'Über die emotionelle Entwicklung im ersten Lebensjahr'. *Psyche* (1960). **14.** French trans.: 'La Première année de la vie'. *Rev. franç. psychanal.* (1962). **26.** Turkish trans.: 'Hayatin Ilk. Yili'. *Tipta Yenilikler* (1962). **7.**

Spanish trans.: 'Primeiro Ano de Vida - Desenvolvimento Emocional'. *J. de Pediatria* (1961),7.
(130) Discussion sur la contribution de l'observation directe de l'enfant à la psychanalyse. *Rev. franç. psychanal.,* **22.** In English: 'On the Contribution of Direct Child Observation to Psycho-Analysis' in (176).
(131) Psycho-Analysis and the Sense of Guilt. In: *Psycho-Analysis and Contemporary Thought* ed. J.D. Sutherland. (London: Hogarth) Also in (176).

1959

(132) Review: Envy and Gratitude by Melanie Klein. (London: Tavistock, 1957) Case Conference, 5.

1960

(133) Counter-Transference. *Brit. J. med. Psychol.,* **33.** Also in (176).
(134) String. *J. Ch. Psychol. Psychiat,* **1.** Also, as 'String: A Technique of Communication', in (176).
(135) The Theory of the Parent-Infant Relationship. *Int J. Psycho-Anal.,* **41.** Also in (176). French trans.: 'La Théorie de la relation parent-nourisson'. *Rev. franç. psychanal.* (1961), **25.**

1961

(136) Integrating and Disruptive Factors in Family Life. *Canad. Med Assoc. J.,* April 1961. In (163).
(137) Review: *The Purpose and Practice of Medicine* by Sir James Spence (London: Oxford Univ. Press, 1960). *Brit md. J.,* Feb. 1961.
(138) The Effect of Psychotic Parents on the Emotional Development of the Child. *Brit. J. Psychiatric Soc. Work, 6.* In (163).
(139) The Paediatric Department of Psychology. *St Mary's Hosp. Gaz.,* **67.**

1962

(140) Review: *Psychologie du premier age* by M. Bergeron (Paris: Presses Univ., 1961). *Arch. Dis Childhood,* **37.**
(141) Review: *Un Cas de psychose infantile* by S. Lobovici and J. McDougall (Paris: Presses Univ., 1960). *J. Ch. Psychol. Psychiat.,* **3.**
(142) The Child Psychiatry Interview. *St Mary's Hosp. Gaz.,* **68.**
(143) The Theory of the Parent-Infant Relationship: Further Remarks. *Int J. Psycho-Anal.,* **43.** French trans.: 'La Théorie de la relation parent-enfant: remarques complémentaires'. *Rev. franç. psychanal.* (1963), **27.**
(144) Review: *Letters of Sigmund Freud* 1873-1939 ed. E. Freud (London: Hogarth). *Brit. J. Psychol.,* **53.**
(145) Adolescence. *The New Era in Home School,* **43.** Also in (163). Repuglished in modified form under title 'Struggling through the Doldrums', *New Society,* April 1963.

1963

(146) Review: *Schizophrenia in Children* by William Goldfarb (Cambridge, Mass.: Harvard Univ. Press, 1961). *Brit. J. Psychiatric Soc. Work,* **7.**
(147) Dependence in Infant-Care, in Child-Care, and in the Psycho-Analytic Setting. *Int J. Psycho-Anal.,* **44.** Also in (176).
(148) The Young Child at Home and at School. In: *Moral Education in a Changing Society* ed.

W. R. Niblett. (London: Faber) Also in (176) as Morals and Education.
(149) The Development of the Capacity for Concern. *Bull. Menninger Clin.*, **27**. Also in (176).
(150) Regression as Therapy Illustrated by the Case of a Boy whose Pathological Dependence was Adequately Met by the Parents. *Brit. J. med. Psychol.*, **36**.
(151) The Mentally Ill in Your Caseload. In: *New Thinking for Changing Needs* (London: Assoc. Social Workers) Also in (176).
(152) A Psychotherapeutic Consultation: a Case of Stammering, wrongly named: 'The Antisocial Tendency Illustrated by a Case'. *A Criança Portuguesa*, **21**.
(153) Training for Child Psychiatry. *J. Ch. Psychol. Psychiat.*, **4**. Also in (176).
(154) Review: *The Nonhuman Environment* by Harold F. Searles (New York: Int. Univ. Press, 1960). *Int. J. Psycho-Anal.*, **44**.

1964

(155) Review: *Heal the Hurt Child* by Hertha Riese (Chicago Univ. Press, 1963). *New Society*, Jan. 1964.
(156) Correspondence: Love or Skill? *New Society*, Feb. 1964.
(157) Review: *Memories, Dreams, Reflections* by C. G. Jung (London: Collins and Routledge, 1963). *Int. J. Psycho-Anal*, **45**.
(158) *The Child. The Family, and the Outside World* (Harmondsworth: Penguin Books. Pelican Book A668) (See Section A.)
(159) The Roots of Aggression (1964). In (158).
(160) The Value of Depression (1963). *Brit. J. Psychiatric. Soc Work*, **7**. (Shortened version entitled: Strength out of Misery, *The Observer*, 31.5.64.)
(161) Youth Will not Sleep. *New Society*, 28.5.64. Atlas **8**.
(162) Deductions drawn from a Psychotherapeutic Interview with an Adolescent. *Report of the 20th Child Guidance Inter-Clinic Conference, 1964.* National Association for Mental Health.

1965

(163) *The Family and Individual Development.* (London: Tavistock, 1965) (See Section A.)
(164) The Relationship of a Mother to Her Baby at the Beginning (1960). In (163).
(165) Growth and Development in Immaturity (1950). In (163).
(166) On Security (1960). In (163).
(167) The Five-Year-Old (1962). In (163).
(168) The Family Affected by Depressive Illness in one or both Parents (1958). In (163).
(169) The Effect of Psychosis on Family Life (1960). In (163).
(170) The Family and Emotional Maturity (1960). In (163).
(171 Theoretical Statement of the Field of Child Psychiatry (1958). In (163).
(172) Advising Parents (1957). In (163).
(173) Casework with Mentally Ill Children (1959). In (163).
(174) The Deprived Child and how he can be Compensated for Loss of Family Life (1950). In (163).
(175) Group Influences and the Maladjusted Child: The School Aspect (1955). In (163).
(176) *The Maturational Processes and the Facilitating Environment* (This volume) (See Section A).
(177) Ego Integration in Child Development (1962). In (176).
(178) Providing for the Child in Health and Crisis (1962). In (176).
(179) From Dependence towards Independence in the Development of the Self (1963). In (176).
(180) Classification: Is there a Psycho-Analytic Contribution to Psychiatric Classification? (1959). In (176).
(181) Ego Distortion in Terms of True and False Self (1960). In (176).
(182) The Aims of Psycho-Analytical Treatment (1962). In (176).

(183) A Personal View of the Kleinian Contribution to the Theory of Emotional Development at Early Stages (1962). In (176).
(184) Communicating and Not Communicating Leading to a Study of Certain Opposites (1963). In (176).
(185) Psychotherapy of Character Disorders (1963). In (176).
(186) Psychiatric Disorder in Terms of Infantile Maturational Processes (1963). In (176).
(187) Hospital Care Supplementing Intensive Psychotherapy in Adolescence (1963). In (176).
(188) Child Therapy. In: *Modern Perspectives in Child Psychiatry*. Ed. J. Howells. (Oliver & Boyd).
(189) The Value of the Therapeutic Consultation. In: Foundations of Child Psychiatry. Ed. E. Miller. (Pergamon Press).
(190) The Antisocial Tendency. In: *Criminal Behaviour and New Directions in Criminal Law Administration.* (Ed. R. Slovenko. Charles Thomas Publishing Co, U.S.A.)

Índice remissivo

Os número das páginas em itálico se referem a casos clínicos

Abraham, K., 118, 160, 209
Absorção do meio, 116-117
Aceitação
  feminina, 33
Ackerman, N., 125
Adamson, J., 91
Adaptação
  e satisfação de impulsos do id, 217
  da mãe às necessidades do ego do bebê, 82-83
  característica do ambiente facilitador, 216
  gradativa, 68
  falha gradual da mãe na, 83-85
  da mãe, as necessidades do bebê, 53
Adolescência
  e tendência anti-social, 221-222
  e o suprir do meio, 65
  e intolerância à falsa solução, 220
Adolescentes
  e o medo da análise, 172
  como isolados, 172
Agressão
  e a falha da mãe à adaptação gradativa, 83-85
  e colocação de objetos, 165
  como evidência de vida, 116
  difusão da, 45
  na adolescência, 219
  em Klein, 42
  versus "instinto de morte", 116
Aichhorn, A., 116
Alimentação,
  como sedução, 56-57
  ao seio, como sedução, 46
Alimentação, para aplacar o lactente, 165
Alucinação
  do sensório do lactente, suprida pela mãe, 133
  do lactente (Freud), 39-41
Amamentar
  mental, pelos pais, 230
  do paciente psicótico, 120
Ambiente
  absorção do, *versus* introjeção, 115-117
  necessidade do criminoso para um, especializado, 30
  auxiliar do ego, introjeção do, 36-37
Ambiente esperado médio, 91
Ambiente facilitador, papel do, 201, 215
Ambivalência
  e culpa, 20, 24, 72-75
  e *splitting*, 92
  papel da, na neurose, 107
Amizade
  e orgasmo do ego, 37
  e território do ego, 35
Amor, 69
  como cuidado corporal, 57
  objetivos do, e destrutivos, 21
    materno, como segurança, 49
    educação moral sem ser substituta para,

91-92, 94
crueza dos objetivos do amor do lactente, 25
versus gostar, 33
Amor-ódio, e culpa, 20
Análise da criança
cooperação consciente *versus* inconsciente em, 110
as diferenças de abordagem de Klein e Anna Freud em, 110
avaliação da ansiedade psicótica em, *111-112*
associação livre como ameaça ao ego da criança em, 111
na latência, 106-113
fase introdutória na, 109
interpretação de Klein e Anna Freud na, 110
a técnica de Klein na, 159-160
ênfase de Klein nos distúrbios psicóticos na, 116
alívio pela interpretação em, 110
respeito devido a conquistas do ego em, 111
uso da inteligência da criança na, 110-111
Anatomia da melancolia, 21-22
Aniquilamento
e falha no envolvimento do ambiente, 73
de feridas no 1º ano, 51
via rupturas na análise, *226, 228*
via exploração do *self* verdadeiro, 134
via falha no cuidado do lactente, 231
versus "ansiedade de castração", 42
Anorexia nervosa, 62, *159*
e recusa do objeto satisfatório, 166
Ansiedade
como culpa, 20-21
por falha de segurança, 104
por falta de tensão do id, 33
por perda do objeto, 42
inimaginável do bebê: variedades de, 56-57
amadurecendo em culpa, 22
psicótica, e sua avaliação clínica na análise de crianças, 111
psicótica, por feridas no primeiro ano, 45
relacionada com desintegração, 44
relacionada a impulsos pré-genitais, 159
tipos de, 42
Ansiedade de castração, 107
na neurose, 119
versus aniquilamento, 42
Aprovação
e desaprovação no cuidado materno, 92-93
Aristóteles, 28
Arte
e depressão, 28
papel dos mecanismos mentais versus a experiência da comunicação na, 168-169
Artes visuais, 167
Artista
e o sentimento de culpa, 29
e a necessidade de se comunicar e não ser descoberto, 168
e falta de consideração, 29
versus neurose, 120
Assistência social
e casos de "falso *self*", 131-132
transferência e necessidades do ego, 147-148
Assistentes sociais
e o cuidado do doente mental, 196-206
e doença neurótica, 198
como terapistas, 204
provisão ambiental por, 206
Associação livre, como ameaça ao ego da criança, 111
Atendimento hospitalar na psicoterapia do adolescente, 218-223
Atitude profissional
mudança na, do analista se ocupando com tendência anti-social e regressão, 149-150
como simbolismo, 148
papel e definição da, 147-149
Atores
e falso *self*, 137
Atuação
e tendência anti-social, 188-189
repetindo o trauma original via trauma da transferência, 189-191
Autismo
derivado de auxílio defeituoso do ego pela mãe, 57
Autocura
e colapso, 127
e regresso, 117
Auto-erotismo, 43
Autoridade, 23
Auto-segurar-se, 57

Balançar-se, 167
Balint, M., 82
Bion, W. R., 134, 173
Bom e mau na experiência do lactente, 92-93
Bornstein, B., 111
Bowlby, J., 26
Brinquedo
e preocupação, 73
e defesa maníaca, 37
e qualidade da tensão do id, 37
Teoria de Klein quanto ao, das crianças, 159
significado do, das crianças, 168
Brinquedo, satisfação com, 37
Bruxa, mãe como, 51
Bunyan, J., 23
Burke, E., 19
Burlingham, D.,116

Caos
na psicose, 120
Características esquizóides, por falha de cuidado suficientemente bom, 65-67
Caráter
e integração, 185
e "falso *self*" e "*self* verdadeiro", 128-137
Freud em, 184
Caso esquizóide
dependência no, 122, 217
credulidade do, 214
Casos
borderline, 39
escolha de, 39, 154, 208
Casos *borderline*, 39, 212
e repetição da mãe boa demais como perigosa, 51
Cena primária
e a capacidade de ficar só, 33
como uma refeição, 159
Child Guidance Training Centre, 175
Chupar o dedo, 102
Crueza, do impulso amoroso, 25-27
Classificação.
de acordo com distorções do ambiente, 125-126
etiologia na, 1 14-127
contribuição psicanalítica à 114-127
a partir de pontos de fixação, 115
personalidade falsa como diagnóstico, 131
desenvolvimento histórico da, 124-129
obtenção da história e, 114-115
importância do cuidado da criança lactente na, 116-118
contribuição de Klein à, 118
de casos, 176-177, 207-208
das doenças mentais, 196-199
de psicoses, 123-125
valor da identificação do falso *self* para a, 123
Clímax
do ego *versus* físico, 36-37
tabefe como, 37
Clínica Hampstead, 181
Código moral
e desenvolvimento emocional, 93-94
da criança *versus* do adulto, 95
Colapso nervoso, 120
como recordação, 127
como autocura, 127
Colo, segurar no
e se completar, 44
e integração, 58-59
como favorecimento ambiental, 43-46
características do desenvolvimento do lactente no, 44-45
crítica ao conceito de Freud relacionado com, 48
possibilitando existência psicossomática, 44-45
ambiente e irritações, 47
falha de, experimentado como queda, 105
função do analista, 217
funções de, 49
na situação analítica, *226*
satisfazendo as necessidades do ego do lactente, 82
Completar, 44
Complexo de castração, 21
Complexo de Édipo, 107, 115
e preocupação (interesse), 70-71, 77
e formação defensiva, 109
e culpa, 21, 22, 23
e desenvolvimento instintivo, 65
e objetos internos, 34
e ansiedades pré-genitais, 159
e relacionamento a três pessoas, 31
como situação triangular, 64
no âmago da neurose, 157
comparada com a "posição depressiva" 160-161
na neurose, 119
na psicose, 120, 211
Compreensão intelectual na infância, 83-84
Comunicação, 163-174
e não-comunicação, 167-168
e relações objetais, 163-164
e o direito de não se comunicar, 163
e dois aspectos da mãe, 167
experiência de, na arte, 168-169
no misticismo, 168-169
na psicose, 168

pesquisas de Klein em, 168
silenciosa, 167-168
silenciosa, e narcisismo primário, 171-172
teoria da, 166-167
através de cordão, *140-144*
através da formação de sintomas, 114
dois opostos da, 171-172
Concentração
e maternidade, 66
capacidade de, 171
Confiança, 34
do lactente, no ambiente, 45
Conflito
inerente, na neurose e na depressão, 124-125
intrapsíquico, 115
inconsciente, e interpretação, 110
Confusão
em um menino, 85
no lactente, pelo tantalizar da mãe, 134
repetição da infância, na transferência, 134
Conquista
silêncio na sessão como, 31
Consciência
diferença nos dois sexos, 22
Constituição
e o sentimento de culpa, 19
Continuidade
da existência *versus* continuidade de reações a irritações, 51
do ego, 46
propiciar, 67
Contratransferência, 145-151
Contribuição
do lactente, levando ao interesse, 73-76
Controle mágico *versus* experiência de potência, 164
Cooperação
e resistência, 153
consciente e inconsciente na análise da criança, 110
inconsciente do paciente, 153
Cordão, como negação de separação, *141-142*
como técnica de comunicação, *140-144*
"Crença em"
capacidade de, 88-98
Crescimento emocional e socialização, 79-80
em termos de dependência e independêcia. 79, 87
Criação do mundo pela criança, 86
Criança
e capacidade para educação moral, 88-98
e capacidade de criação de um Deus, 94-95
e envolvimento com a depressão da mãe, 173-174, 194-195
desenvolvimento e integração do ego, 55-56
Crime
e a criança anti-social, 29-30
e culpa, 20
Criminoso
e a culpa, 29
e necessidade de meio especializado, 30
Cuidado da criança
tendência anti-social e falha de, 30
Cuidado do lactente
e Deus, 91
e religião, 89-94
e trauma da inconsistência, 91
caracterizado pela apresentação consistente do mundo ao lactente, 83-84
dependência no, 225
evolução do, no tratamento analítico, 116-118
Cuidado dos pais, 43-44
Cuidado materno
e dependência, 46
e diferenciação do *self*, 41
e segurar no colo, 44-45, 47-49
e irritações, 37-38
e independência do lactente, 46
e lactente, uma unidade, 39-40
e potencial herdado, 43-44
e não integração no lactente, 44
como ego auxiliar do lactente, 38-42
interesse adquirido através do, 71-75
falhado, e "falso *self*", 46-47
falha do, e esquizofrenia, 57-58
Freud em, 39-40
suficientemente bom, resultado da falha no, 57-58
proporcionando exclusão de psicose, 48-49
inconciência do, no lactente, 51
Culpa
ausência de, 28
como conquista do desenvolvimento, 19
e ambivalência, 20, 73-76
e crianças anti-sociais, 28-29, 30
e constituição, 19
e crime, 20
e cura pela psicanálise, 17
e força do ego, 28
e realidade interna, 20
e amor-ódio, 20
e masturbação, 22
e deficiência mental, 19
e "complexo de Édipo", 21
e socialização, 29
e sintomas, 21
e inconsciente, 20
e valores, 27
como ansiedade especial, 20
capacidade de, 20-22
data da, 21
Freud em, 20-2, 24
do ensino moral religioso, 19
e intenção, 19
intolerável, *16*
intolerável, e loucura, 29
Klein e, 24-28
legal, 20
perda e recuperação da, 29, *30*
ponto de origem, 24-28
psicopatologia da, 22-24
relacionado com desejos de morte, *22*
sentimento de, 19-30
sentimento de, e favorecimento materno, 96-97
versus interesse, 70, 76, 77
Defesa maníaca, 156, 173
e vivacidade, 173
e brinquedo, 37
Defesas
e o id, 43
colapso das, na psicose, 120
análise inútil das, na personalidade do falso *self*, 139
de qualidade psicótica, 41
primitivas, na psicose devida a falha precoce do ambiente, 123-125
Deficiência do ambiente levando à psicose, 123-124
Desenvolvimento maturativo e provisão ambiental, 232
Deficiência mental e culpa, 19
Definição de, 218
fase de tédio na, 221
formação de grupo na, 221
doença durante a, 221-222
em moças, 191
isolamento na, 222
psicodinâmica da, 218-220
psicoterapia da, 218-223
suicídio na, 221
violência na, 222-223
criança na latência, 111
Delinqüência
e culpa, 29
como tendência anti-social não-curada, 122
tratamento da, 29
versus tendência anti-social, 30
De Moncheaux, C., 173
Dependência, 29
absoluta, 45
aceitação, pelo analista, da, 42
favorecimento, pelo analista, da, 122
reconhecimento de, pelo analista, quando o paciente aborda o *self* verdadeiro, 138
e desafio, na adolescência, 218-219
e psicologia do ego, 43
e doença mental, 203
e papel da identificação, 86-87
graus de, 64
dupla, definida, 126
dupla, na análise, 126
falhas no estágio de dupla. . . levando à psicose, 123-124
Freud em, 42
na situação analltica, *225-233*
no lactente, 43-54
no cuidado do lactente, 225
reconstrução da infantil, a partir do estudo da transferência, 53
regressão à, 117
relativa, 45
riscos da, 216
três categorias de: absoluta (dupla), relativa, rumo à independência, 80-87
rumo à independência, 45
transferência, 226
Dependência absoluta
no primeiro ano, e o papel da mãe, 80-82
Dependência anaclítica e o analista, 122
Dependência relativa
e falha gradativa à adaptação pela mãe, 83-85
consciência infantil de, 84
Depressão
tratamento anaclítico da, 208-209, 217
na arte e na religião, 27
e paranóia, 202-203
e repressão, 199
como conquista, 160
como conquista e como doença, 118
variedades clínicas de, 199-203
indicando fortaleza do ego, 217
na mãe e na criança, 173-174

reativa, e conflito interno, 124-125
reativa e esquizóide, 200
Desafio da tendência anti-social, 186
Desafio e dependência na adolescência, 218
Descoberto
o desastre de não ser, *169*
fantasia de ser, 163
objeto,. . ., versus objeto criando, 165
Desenvolvimento emocional e processo maturativo, 90-94
e favorecimento da oportunidade, 97-98
contribuição de Klein ao, precoce, 156-162
Desespero pela submissão, 97
Desintegração
ansiedade relacionada com, 44
como defesa, 60
Desmame, e preocupação, 73
Despersonalização, 60
Destrutividade, *74-6, 77*
e "instinto de morte", 46
e melancolia, 24
como falha na fusão, 116
do lactente, e o cuidado materno, 96
provocando manejo, 188
Deus
e neurose obsessiva, 23
capacidade da mãe de, 116
de psicanálise, 170-171
do terapeuta, 77, 233
experiência positiva de, no lactente, 165-166
Diagnóstico
importância do, para o tratamento analítico, 108
importância do, do *self* verdadeiro e do falso, 137-138
a base da técnica do analista, 153-155
Difusão, 45
Distorção do ambiente
classificação de acordo com, 125-126
papel do, 125
Distúrbios afetivos, 117
Distúrbios de caráter
atuação em, 188-189
etiologia de, 187-188
e tendência anti-social, 185-186
e psicose, *193-194*
papel positivo da justiça no tratamento de, 191-192
descrição de, 186
papel do ego em, 187-188
importância do ambiente familiar precoce em, 42
percepção correta do indivíduo de falha de auxílio ao ego em, 23
envolvendo a sociedade, 186
manejo de, *189-195*
cura natural em, 187
trauma original em, 189
elemento positivo em, 190, 194-195
período preparatório no tratamento de, 188
psicoterapia piorando, 187
psicoterapia de, 184-195
curar-se a si mesmo em, 188
tratamento versus manejo de, 115-116
Do ego (pertencente ao ego)
e amizade, 35
e do id, 36
e gostar, 33
e transferência, 35
clímax, 36-7
perturbado, na latência, 111
Doença mental
e assistência social, 196-206
fator ambiental na etiologia de, 200-201
variedades de, 196-206
Doença psicossomática e dependência, 228
Doença psiquiátrica
e o processo de maturação, 207-208
natureza da, 211
Dunhill, T., 155

Economia, 20
Educação
e psicanálise, 97-98
moral, e desenvolvimento emocional, 88-98
moral, não substituta para amor, 91-92
Educação moral
e a criatividade individual, 89-90
e o cuidado do lactente, 88-98
Ego
obtenção, e análise de crianças, 111
e desenvolvimento emocional, 65
e satisfação do id, 20, 41
autonomia do, e colapso nervoso, 127
continuidade do, 46
controle do, e trauma, 38
desenvolvimento e comunicação com objetos subjetivos, 163-174
desenvolvimento e o estado do "Eu sou", 60
desenvolvimento e integração, 58
desenvolvimento e relações objetais, 58-59
desenvolvimento e personalização, 58
desenvolvimento do, e segurar ao colo, 44-5
distorção como *self* verdadeiro e falso, 128-139
distorção por falta de cuidado materno, suficientemente bom, 57
função violentada por gratificação oral, 56
id externo ao, na psicose, 40-41
imaturidade do, e ego auxiliar, 34
do lactente, e dependência, 116-117
na lactação, 211
integração do, 44-45
integração e interesse, 28
integração do, e criação suficientemente boa, 56-7
integração, no desenvolvimento do lactente, 54-61
vida do e impulso do id, 35
necessidades do, 129-130
necessidades do, e adaptação materna às, 82-85
núcleos do, e personalidade, 35
organização do, e satisfação instintiva, 48
orgasmo, 36-37
orgasmo, e êxtase, 37
do paciente, 210
psicologia do, e dependência, 42-43
auxílio ao, do cuidado materno, 38-41, 48
fraco, do lactente, tornado forte pelo reforço materno, 67
Ego corporal
o analista trabalhando a partir do, 148-149
e personalização, 58
realização do, 82-83
Empatia
materna, 40-41
da mãe, versus sua compreensão, guiada pelos sinais do bebê, 49-51
Empatia materna e o lactente, 40
Engodo
e comportamento anti-social, *30*
e tendência anti-social, 203, 232
e privação, 232
levando à tendência anti-social, 122, 185, 232
Ensino da Psicanálise baseado em casos psicossomáticos, 1 19
Entrevista
psicoterapêutica, 176
Erikson, E., 95, 173
Esperança
e o uso do cordão, *143-144*
percepção do analista da falta de, 139
na tendência anti-social, 96-97, 185, 187-188
regressão como, em psicose, 117
Espírito Santo, 88
Espontaneidade, *213*
e onipotência do lactente, 133
Esposo e apoio à mãe, 68
Esquema corporal, 45
Esquizofrenia
como inverso do processo de maturação, 127-217
e o complexo de Édipo, 211
por falha da provisão ambiental, 48-49
id "externo" ao ego, na, 40
infantil, 168
infantil, por apoio defeituoso ao ego, por parte da mãe, 57-58
prevenção da, por provisão ambiental suficientemente boa, 64
splitting na, 201
tratamento da, 39
ansiedade inimaginável, variedades de, na, 57
Estado recluso, e a expectativa de perseguição, 31
Estado unitário, conquista do, 44
Estudo de casos
natureza e função de, 205-206
Eu estou só, 34-35
"Eu sou", 91, 94, 203
estágio do, sem percepção da mãe, 35
estágio do, no desenvolvimento do ego, 60
Eu sou, e o sentimento paranóide, 35
Excitação
no brinquedo, 37
instintivo e o objeto, 26
Existencialismo e o vir-a-ser do bebê, 82
Existência psicossomática através de ser seguro no colo, 44-45
Expectativa do paciente em regressão, 129
Experiência corretiva
técnica adequada como, 233
insuficiente, 233
versus regressão à dependência, 233
Experiência criativa na meninice, 77
Exploração
medo da, 163
do *self* verdadeiro, 134
Êxtase como orgasmo do ego, 36
Falha
gradativa da mãe, na adaptação às necessidades do ego do lactente, 83-85
do favorecimento do meio levando à

psicose infantil, 48
do cuidado suficientemente bom e seu resultado para o desenvolvimento do ego, 57
do segurar (ao colo) e aniquilamento, 46
do cuidado materno e o desenvolvimento do falso *self*, 46
papel da, na análise, *232-233*
Falha ambiental, 64
raiva apropriada à experiência de, 189
levando à tendência anti-social, 123
Falo, 36
Falso *self*
etiologia do, 132-133
manejo pelo analista do, 138
e atores, 137
e técnica analítica, 208-210
e submissão, 133-134, 167
e falha na capacidade de ficar só, 36
e análise interminável, 138
como *self* que se cuida a si próprio, *130-131*
como organização defensiva, 46
como distorção do ego, 128-139
como não-existência, 139
conceito de, 121-122
graus de, 137
funções do, 130-131
inutilidade, na análise, das defesas organizadas no, 122-123, 139
ocultando o *self* verdadeiro, 130-131, 134
mente e intelecto no, 132
parte da mãe no, 133-134
natureza do, 203
equivalente normal do, 136-137
análise perigosa em casos de, 122
apoiada em intelectualismo, 122
sentimento de futilidade no, 135
visível desde o começo, 134
Fantasia, 60
e sentimento de culpa, 21
Klein na, 27
Fator ambiental na etiologia da loucura, 199
na doença mental, 201
interpretação do, 39
Fator antivida na depressão da mãe, 174
Favorecimento ambiental e o processo maturativo, 91-94
e o "complexo de Édipo", 65
como segurança, 43-46
facilitando o processo emocional, 81-85
suficientemente bom, como prevenção de psicose, 64
Fenichel, O., 184
Ferenczi, S., 115-116
Fixações
regressão a, 115
papel das, na classificação, 115
Força do ego, 115
e fraqueza do ego, 61
e culpa, 28
e vulnerabilidade do paciente, 226-229
avaliação da, do paciente, 228-229
do relacionamento com o id, 36
versus enfraquecimento do ego, 51
fraqueza e a mãe real, 55-57
Fordham, M., 145-148, 150-151, 173
Formação de símbolos, e a concretização do gesto ou alucinação do lactente, 133-134
Formação de sintomas e comunicação, 114
Formação do grupo na adolescência, 221
Fraser, Professor, 155
Freud, Anna, 156
e a controvérsia com Klein, 156
nos mecanismos de defesa, 115
nas defesas do ego, 108
na interpretação na análise de crianças, 110
na fase introdutória na análise de crianças, 109
na criação, 41
no papel do fator externo, 116
Freud, S., 71-72, 134, 160, 168, 209, 225-226
e o tratamento analítico, 107
e o conceito de dependência analítica, 123
e o conceito de *self* verdadeiro e falso, 128
e as mães, 91-92
e a negligência na lactação, 39
e outros analistas, 156
e religião, 89-91
e psicologia social, 30
contribuição à compreensão da tendência anti-social, 30
crítica de, relativa à fase de colo, 48
nos distúrbios afetivos, 117
na relação anaclítica, 31-32
na atenção do analista, 52
na tarefa do analista, 147
em caráter, 184
na meninice, 103-104
em fatores constitucionais, 115
em ações delinqüentes, 29
na dependência, 115
e o ego, 202
e culpa, 20-21, 24

na lactação, 39-41, 48
e realidade interna, 27
e cuidado materno, 39-40
e repressão primária, 39
e doença psiquiátrica, 114-115
e superego, 22
como projeção da bondade original, 89-90
crença em, 88-90
capacidade da criança de criar um, 94-95
pessoal, 95
pessoal, não substituto para cuidado materno, 91
Frustração
e capacidade do ego, 129
valor da, para o lactente, 165
Funcionamento simbólico, 45
Fúria
etiologia da, 199
na vida ordinária, 199
sentimento de, de culpa, 29
oculta na latência, 111
em casos *borderline*, 212
Fusão, 45
e dependência, -116
e auxílio do ambiente, 165-166
de amor e ódio, 72-73
da mãe-objeto e da mãe-ambiente, 72-73
Futilidade e o falso *self*, 135

Ganho secundário na delinqüência, 29
Gesto do lactente, tornado real, 133
Glover, E., 124-125
Gostar versus amar, 33
Gratidão, 136
Greenacre, P., 46, 129
Guerra, valor da, na adolescência, 219

Hampstead War Nursery, 116
Hartmann, H., 116,187
Heimann, P., 160
Hereditariedade, 65, 125
Hipócrates, 147
Hoffer, W., 41-42
Hora analítica boa, como boa refeição, 47

Id
e destrutividade, 73-76
e ego, 20
e relações objetais, 65
excitação como trauma, 129
"externo" ao ego, em psicose, 40-41
forças do, externas ao lactente, 40-41
impulso do, pertencendo à vida do ego, 35
necessidades do, 129-130
sem, sem ego, 55
pertencente ao, versus força do ego, 36
pertencente ao, versus pertencente ao ego, 32-33
satisfação física do, na psicose, 40-41
tensão do, e mãe-objeto, 72-73
tensão do, e brinquedo, 37
tensão do, falta de, e ansiedade, 33
Identidade, 172-173
Identificação
e dependência na lactação, 85-86
e onipotência do lactente, 85-86
do lactente, com a mãe, 85-86
levando ao falso *self*, 131
da mãe com o lactente, 35, 52-53, 67
do corpo inteiro com o objeto parcial, 36
Ilusão de onipotência, 134
Imaginação, uso pelo analista da, 126
Imaturidade
e a capacidade de ficar só, 34
e doença e saúde mental, 63
do ego, e ego auxiliar, 34
Imitação como aspecto do falso *self*, 134
Imprevisibilidade, na personalidade, 184
Impulsividade, manejo da, 30
Inconsciente
Freud e o reprimido, 107
interpretação do, na análise da criança, 110
Incorporação, 22
Independência
emergente da dependência, 85-87
estabelecimento da, no indivíduo, 46
Indivíduo
criatividade e educação moral, 89-90
e invulnerabilidade, 73
e isolamento, 46, 66
isolado, 170-174
verdadeiro oculto, 116
não se comunicando, 170-174
Inquietação no brinquedo e defesa maníaca, 37
Insanidade puerperal, 52
"Inserido", 66
Insolência, 29-30
Instinto de morte, 173
e ódio, 46
ausente, de início, 46
conceito sem valor, 116, 161
Instintos como externos ao lactente, 129
Integração
e caráter, 185

e *splitting*, 201
no desenvolvimento do ego, 57-60
Intelecto e o falso *self*, 122
Inteligência
emergência da, no colo, 45
uso da, da criança, na análise, 110-111
Interesse (preocupação)
como conquista do cuidado do lactente, 71-5
e integração do ego, 28
e mãe-ambiente, 73-5
e relação sexual, 70
e "complexo de Édipo", 70, 77
e responsabilidade, 70
e desmame, 73
e capacidade do lactente para contribuir, 73-6
capacidade de, 70, 77
perda da capacidade de, 74-6
origem de, 26-7
Interpretação
adição do fator ambiental, 104
do analista, versus comportamento, 117
e necessidades de dependência, 210
e dependência na transferência, 226, 228
como boa alimentação, 48
como trauma, 49-50
riscos da, 172
aprofundamento da, 208-209
estabelecendo limites da compreensão do analista, 153, 172
função da, 146
de material "profundo", 103
do fator ambiental, 39
do trauma original como projeção, 39
da sagacidade, 166
acarretando desespero, 210
provocando raiva ou excitação, 228
alívio por, na análise de crianças, 110
contenção de, 228
papel e significado de, 152-153
papel da, 38-39
papel da, na análise de crianças, 110
devendo respeitar as conquistas do ego na análise de crianças, 111
oportunidade para, na análise de crianças, 112
versus confiabilidade do analista, 39
Introjeção, 22
e realidade psíquica, 159
e psicose, 120
interpretação da, 209
do ambiente auxiliar do ego, 36-37
do ego auxiliar da mãe, 34
versus absorção do ambiente, 116-117
versus incorporação na latência, 111
Introjetos, natureza dos, 93
Inveja do analista, 76
Irmão, morte de, e culpa, *22*
Irritabilidade, como sintoma de "falso *self*", 134
Irritações
e cuidado do lactente, 82
e a onipotência do lactente, 46
Isaacs, S., 160
Isolamento
e crescimento individual, 65
na adolescência, 221 .
na infância, 46-47
do adolescente, 172
do indivíduo, 167-172
do *self* pessoal, 93

James, M., 116
Jones, E., 156-157
e o conceito de afaníase, 41
Jung., C.G., em transferência, 145-146
Justiça
como elemento positivo no tratamento de distúrbios de caráter, 191

Keats, J., 163
Klein, M., 96, 104, 187, 209
e o conceito de "posição depressiva", 24-27, 32
e o conceito de mundo "interno" e comunicação, 168
e o conceito de defesa "maníaca", 162, 173
e o conceito de posição "esquizoparanóide", 161
e a contribuição às doenças afetivas, 117-118
e a contribuição ao desenvolvimento emocional inicial, 156-162
e a técnica de Freud, 159-160
e a técnica da análise de crianças, 158-159
controvérsia com Anna Freud, 156, 162
crítica das pesquisas posteriores de Klein e a negligência do fator ambiental, 161
ênfase nos processos precoces na análise *versus* negligência no cuidado do lactente, 116
e a agressão, 25
e o brinquedo das crianças, 159

e a classificação, 118
e preocupação (interesse), 108
e depressão, 118
e objetos-internos, 33-34
e interpretação na análise das crianças, 110
na latência, 109
na ansiedade primitiva e mecanismos, 42
nos distúrbios psicóticos na análise de crianças, 116
no papel de *splitting* em psicose, 49
resumo das contribuições de Klein, 162
Knight, Mrs., 90
Kris, E., 101-103, 116

Lactação
e conquista do estado unitário, 44
Freud, e, 39-41
isolamento na, 46
estudo da, e transferência, 38
não-integração na, e cuidado materno, 44
Latência
e a provisão ambiental, 65
tendência anti-social em, 191-192
criança isolada em, 111
análise da criança na, 106-113
distúrbio do relacionamento do ego em, 111
fim do tratamento na, 112-113
Lactente
conquista da independência, 46
e cuidado materno como unidade, 46
e princípio da realidade, 56
e relacionamento com a mãe-objeto e com a mãe-ambiente, 72-75
e objeto subjetivo, 56
e o usb de símbolos, 133
anencefálico, 55
dependente e independente ao mesmo tempo, 81-83
percepção de falha do cuidado materno pelo, 51
capacidade de contribuição, levando à preocupação, 73-75
criando um objeto, 164-165
dependência no, 107-108
dependência do, e cuidado materno, 42-54
dependência do, e empatia materna, 40-41
desenvolvimento no colo, 44-45
necessidades do ego versus experiências instintivas no, 81-85
experiências de onipotência versus onipotência no, 56
sentir-se subornado por satisfação, 165
moralidade ferrenha no, 95-96
gesto tornado real no, 133
forças do id externas ao, 40-41
necessidades do, propiciadas pelo ambiente, 48, 83
nada como um, 39
onipotência e *self* verdadeiro no, 133
necessidades orais do, e a mãe, 56
experiência positiva de ódio no, 165-166
recusa do objeto satisfatório no, 166
três estágios de abordagem a um objeto no, 101-102
não-percepção do fator ambiental em, 104
não-percepção do cuidado materno em, 51
Lady Macbeth, 23
Laing, R., 173, 174
Lembrança através da reexperiência, 127
Leucotomia, 180
Little, M., 150, 233
Loucura oculta na, 111
introjeção versus incorporação em, 111
natureza da, 109-112
sanidade essencial na, 111
Luto, 199

Mãe
real, e a força do ego do lactente, 55-57
presença real da, 36
papel adaptativo da, 25
e capacidade de odiar, 116
e capacidade de sobreviver, 26
e Freud e a Psicanálise, 91-92
e falha gradativa de adaptação. 83
e satisfação oral do lactente, 56
e o ego fraco do lactente, 67
com relação à destrutividade do lactente, 96
e tempo, 73
e desejo de ser devorado, 117
como objeto subjetivo, 56, 84
como objeto inteiro, completo, 72
não podendo ser tornada suficientemente boa, 48
mudanças na, 51-53
continuidade da, vivaz e com a presença disponível, 73-74, 77
depressão da, e a criança, 173-174
devoção da, 135
efeitos da morte da, 85-86
ego auxiliar, 34
mãe-ambiente e mãe-objeto, 166-167

favorecendo a experiência de onipotência do lactente, 56
boa como castradora, 50-51
suficientemente boa, 56-57, 133-134
identificação da, com o bebê, 67
relacionamento mãe-lactente respeitada na transferência, 129
necessidade do lactente pela real, 84
manejando ansiedades inimagináveis, 56-57
fusão com o lactente, postergando separação, 52-53
sem percepção de, no estágio do "eu sou", 35
sem ser exterior, mas como parte da criança, 59-60
preocupada, 35
identificação projetiva da, com o bebê, 52
provendo cuidado suficientemente bom, 49
rejeição de, demasiado boa, 50
papel da, no desenvolvimento do "falso *self*", 133-134
papel da, com o lactente, 67-68, 91-94
papel da, com o lactente, como "desempenhando o papel", 84
separação da, do lactente, 68
substitutas para, 84-85
sobrevivendo à destruição pelo lactente, 96-97
tantalizando, e a criação de confusão no lactente, 134
dois aspectos da: mãe-ambiente e mãe-objeto, 72-75, 76
imprevisibilidade da, 167
Mãe suficientemente boa, 133-134
Maldade,
e tendência anti-social, 97-98
e moralidade, 90, 97-88
Manejo
de neurose, 64
das necessidades do lactente pelo cuidado materno, 44
bom, como alimento, 129
do comportamento anti-social, 29, 29-30
de contatos extratransferenciais, 172
do trauma original nos distúrbios de caráter, 189-190
provocado por destruição, 188
tratamento por, 194-195
versus tratamento analítico, 115-116
Manninger, K., 120
Masturbação
e culpa, 22-23
controle do ódio na, 33
Material de casos
anorexia (criança de 3 anos), *159*
tendência anti-social (menino na lactência), *191-192*
tendência anti-social e roubo (menino de 13 anos), *192-193*
(menina de 8 anos), *192*
caso *borderline*, *193-194*
comunicação por cordão (menino de 7 anos), *140-144*
preocupação com a sobrevivência do analista (paciente psicoterapeuta), *75-6*
dependência e vulnerabilidade na transferência (paciente feminina), *225-229*
depressão, profunda, na reação à morte do pai (menina de 5 anos), *24*
ser esbulhado e roubo recuperação espontânea por regressão em casa (menino), 30
sonho de *self*-formiga (menino de 12 anos), *75*
sonho de *self* privado (paciente mulher), *169*
inveja do analista (paciente masculino), *76-77*
problema de falso *self* e o papel do *self* que cuida de si próprio em mulher de meia-idade, *130-131*
culpa pela morte de irmão antes do nascimento (menino de 8 anos), *22*
culpa, obsessiva, pelo afogamento de alguém (menina), *23*
raiva do terapeuta (menina adolescente), *77*
loucura latente, tentativa de expressar (menina na latência), *111*
ansiedade psicótica expressa em pesadelo em estado de vigília (menino de 10 anos), *111*
caso esquizóide (paciente feminina), *212-215*
reações separadas à morte da mãe (3 irmãos), *85-86*
tratamento na latência e adolescência (menino), *221-223*
self verdadeiro oculto (moça de 17 anos), *169-170*
Maternidade e concentração, 66-67
Maturação dependente de ambiente favorável, 164
Maturidade
e capacidade de estar só, 31
e desenvolvimento emocional, 63-65
Maudsley, Departamento de Psiquiatria Infantil, 175
Mecanismos de defesa
Anna Freud nos, 42
em relação ao id e à perda de objetos, 42
pesquisas de Klein em, 42
Melancolia, 23-24, 26
Mente
e "falso *self*", 132
versus psique, 45
Mimar e regressão, 229
Misticismo e comunicação com o objeto subjetivo, 168-169
Monoteísmo
e o desenvolvimento do superego, 22
Moralidade, 19
ferrenha, da infância, 95-96
falta de, 27
Moralidade esfinctérica, 93-94
Morte
experiência da, na criança, *84*
significado da, 173
da mãe, efeito da, *85-86*
desejos de, e culpa, 143-144
Movimento e agressão, 45
Mozart, 96
Mutilação, 47

"Não-eu"
conquistado por segurar no colo, 45
e a pele, 45
questão de intelecto, 39
Não-existência, como um aspecto do "falso *self*", 139
Não-integração
e cuidado materno, 44
e relaxar-se, 36
em envolvimento, 44-45
Narcisismo
como relacionamento a uma pessoa, 32
na situação clínica, 117
primário, e a comunicação silenciosa, 171
primário, e segurança (ser seguro no colo), 44-45
Necessidades
do ego e do id, 129-130
compreensão mágica da mãe, das, sem o lactente sinalizar (necessidades) prejudiciais, 49-51
versus satisfação instintiva, 129-130
Neurose, 115, 232
análise da, 208
do analista, tratamento da, 198
teoria analítica das, 114-115, 119-120, 198-199
e situação analítica, 108
e manejo, 64
como doença verdadeiramente *interna*, 124
descrição da, 197-199
natureza da, 107
versus psicose, 118-120
Neurose obsessiva
e Deus, 23
e religião, 23
Niblett, professor, 88, 98
Nível genital e a capacidade de se interessar, 70
Normalidade e "falso *self*", 136-137

Objeto
criado *versus* descoberto, 165
morto, 173-174
eliminado pela satisfação, 165
descoberta do, 26
criação e recriação do, pelo lactente, 164-165
recusa do lactente de satisfazer o, 166
percebido objetivamente, 167-168
colocação, e agressão, 165
posição do, 165
relacionamento com, 202, 210
relacionamento com, e comunicação, 163-164
relacionamento com, e apresentação do, 58-59
relacionamento com, falso e submisso, 166-168
papel do (objeto) subjetivo, no desenvolvimento do ego, 163-174
subjetivo, 56, 169-170
percebido objetivamente versus idem subjetivamente, 45, 164
criar um, 59
Objeto de amor anaclítico, 115
Objetos internos
e transferência, 159
mortos, 173-174
bons, e a capacidade de ficar só, 34
bons (Klein), 33-34
projeção dos bons, 34
Objetos transicionais

analista como, 152
arte e religião e, 168-169
e vida cultural, 137
e objetos criados pelo lactente, 165
Objeto subjetivo, e o ego infantil, 56
Observação direta
e psicanálise, 101-105
do lactente versus estudo da transferência, 53
limitações da, 26
Obtenção da história
contribuição analítica à, 114-115
e psicanálise, 121
Ocultar
necessidade de, o *self* secreto, 169-174
o *self* verdadeiro, 46
Ódio
e confusão, 16
e morte, 173
e o instinto de morte, 47
e masturbação, 33
Onipotência
e irritações, 46
experiência de, e a mãe, 56
experiência de, e o princípio da realidade, 164
experiência de, *versus* controle mágico, 164
do lactente, 38-39
do lactente, e a criação do objeto, 164-165
do lactente, e papel da identificação, 85-87
do lactente, lidando com irritações, 45-47
do lactente, atingida com o gesto, e o "*self* verdadeiro", 133-134
do paciente, 38-39
O pequeno Hans, 39
Oportunidade, provisão da, no desenvolvimento emocional, 96-97
Orgasmo, do ego, 36-37

Paciente
e a dependência do analista, 225-233
e ego, 210
e necessidade de fornecer indícios, 49-51
e negação da não-comunicação, 172
e não se comunicando como algo positivo, 171-172
e reação à ausência do analista, 228-229
e a cooperação inconsciente, 153
e uso das falhas do analista, 233
avaliação da força do ego do, 229-230
vulnerabilidade do ego do, 226
Pai
idéia de, 32
na lactação, 130
culpa relacionada com a morte do, *24*
Papai Noel, 90
Pais
não produzem um bebê, 81, 91
favorecendo o processo de maturação, 81-84
uso dos, na psicoterapia, 140-144, 230
Paranóia
e depressão, 202-203
e estágio do "eu sou", 203
Pecado original, e a bondade original, 89
Pediatria, 62
e Psiquiatria Infantil, 177, 180-181
e Psicanálise, 129
Pele
e diferenciação entre "eu" e "não-eu", 45
e realidade psíquica interna, 93
e realidade psíquica, 45
como membrana limitante, 66
Pênis, interno, 34
Perseguição, expectativa de e estado de reclusão, 31
Personalidade
crescimento, tendências ao, 65-66
sadia e clivada *(split)*, 170
organização do ego, núcleo da, 35
rica, e doença e saúde mental, 63
esquizóide, 58
Personalidade esquizóide, 57
Personalização, 201-206
e manejo, 59
no desenvolvimento do ego, 58
Pesadelo, em vigília, 111
Pessoa – o lactente se tornando uma, 44
"Pilgrim's Progress", 22
Piscina, 66
"Posição depressiva", 24-8, 96, 104, 118
como relacionamento a duas pessoas, 32, 160
comparada com o "complexo de Édipo", 159-160
conceito definido de Klein, 160
"Posição esquizoparanóide", 104,108
Potência, genital, 33
Potencial herdado
e aniquilamento, 47
e o verdadeiro *self*, 46
aspectos do, 43-44
se tornando a continuidade do ser, 47

"Preocupação materna primária", 51-53, 81-82, 231
e a satisfação das necessidades do paciente pelo analista, 52
como identificação da mãe com o lactente, 164
descrita, 134
Primária, 44-45, 125
Princípio da realidade, e experiêcia de onipotência, 164
e o lactente, 56
Privação, 203
Processo externo *versus* processo interno, na técnica, 116
Processo primário, 44
e regressão, 117
e "*self* verdadeiro", 117
na latência, 111
Processos de maturação
e desenvolvimento emocional, 90-95
e provisão ambiental, 81-85
e provisão de oportunidade, 96-97
e doença psiquiátrica, 207-217
desencadeada pela experiência de raiva na análise, 189
Processo secundário, 45
"Profundo"
como parte do lactente *versus* precoce como aspecto do ambiente, 104-105
o lactente necessita de maturidade antes de ficar, 103-105
envolvendo a fantasia inconsciente do paciente, 102
versus "precoce" no desenvolvimento da criança, 94-105
Projeção
e funções corporais, 159
e psicose, 120
interpretação da, 209
de objetos internos bons
de irritações, 37-38
papel da, no controle de traumas, 38-39
Prostituição, 191
Psicanálise
sozinha revelando a riqueza inteira do brinquedo da criança, 102-103
e Psiquiatria Infantil, 182-183
e observação direta de crianças, 101-105
e saúde, 27
e obtenção da história clínica, 120
e educação moral, 90, 97-98
e as mães, 91-92
e neurose, 114-115, 198-199
e psicose, 118
e religião, 89-94
e o sentimento de culpa, 19-28
e o estudo da infância, 38-43
e objetos transicionais, 102-103
e tratamento da culpa, 24
extensão da, em casos *borderline*, 53-54
raiva da, 170-171
na culpa, 27
ensino da, 119
Psicanalista, 27
aceitação da dependência na transferência, 42
nem todos analistas sendo iguais, 154
e adaptação às necessidades, versus satisfação dos impulsos do id, 217
e dependência relacionada ao "*self* verdadeiro", 138
e o diagnóstico da "personalidade *self* falsa", 138
e efeitos no ego do paciente, 154
e apoio ao ego do paciente em regressão, 149-150, 216-217
e avaliação de material "profundo" *versus* "precoce", 104-105
e avaliação da "dependência dupla", 126
e avaliação da realidade externa no manejo do paciente em regressão, 149
e expectativa de não comunicação por parte do paciente, 171
e ganho da psiquiatria de adultos, 129
e o manejo do "falso *self*", 138
e interpretação, 172
e interpretação e verbalização, 152-153
e interpretação do conflito inconsciente na análise de crianças, 110
e envolvimento com o caso *borderline*, 53-54
e manejo do trauma em distúrbios de caráter, 189
e necessidade de teoria pela, 214
e provisão de condições para dependência, 122
e provisão quando tratando a tendência anti-social, 188
e reconhecimento do fator externo, 228
como especialista em obtenção de história, 120
e técnica, 148, 150
e transferência, 108-109
respostas desconhecidas do, sem indícios fornecidos pelo paciente, 49-51
como objeto subjetivo, 152, 172

atenção do (Freud), 52
comportamento do, *versus* interpretação, 117
clássico, 149-150
preocupação com a sobrevivência do analista, 75-76
enganado pelo "falso *self*", 138-139
diagnóstico como base para o trabalho do, 154-155
distância entre o paciente e o, 148
falha do, utilizada pelo paciente, 233
colaboração com, pelo "falso eu" do paciente, 139
função da análise do, 147, 149
suficientemente bom, 227
envolvendo o paciente, 216
no tratamento das psicoses, 39
limitações do poder do, 50
satisfazendo a dependência anaclítica, 122
satisfazendo as necessidades do paciente e a "preocupação materna primária", 52
dependência do paciente no, 225
paciente furioso com o, 134
personalidade do, 227
atitude profissional do, 147-149
atitude profissional, modificada para o tratamento da tendência anti-social e de necessidade de regressão, 148-150
provendo uma situação adaptativa para o ego, 216
consistência do, *versus* interpretação, 39
risco de não acreditar na ansiedade do paciente, em regressão, por parte do, 216
papel do, 38-39, 148
estudante, 50
sobrevivência do, 217
o que os pacientes ensinam, 166
trabalhando a partir de seu ego corporal, 148-149
Psicologia de grupo, 19
Psicologia social, e Freud, 30
Psicopatia, como delinqüência não curada, 122-123
Psicose
etiologia da, 114, 198
contribuição analítica 8, 118-119
estudo analítico da, 115-116
e distúrbios de caráter, 194-195
e dependência dupla, 123-1 24
e cuidado do lactente, 231
e mecanismos mentais primitivos, 123-124
como doença de deficiência ambiental, 231
colapso da técnica do analista no tratamento da, 150
caos na, 120
classificação de, 123-127
distúrbios na, prévios à introjeção e à projeção, 111
devida à deficiência ambiental, 123-124
isenção de, baseada por cuidado materno, 48-49
infantil, 40
cuidado do paciente na, 120
regressão como esperança e comunicação na, 117
tratamento da, 39
Psicoterapia
na adolescência 218-223
tornando doente o indivíduo com distúrbios de caráter, 187
uso dos pais na, 140-143, 144
versus tratamento psicanalítico, 106-107
Psique, inserção no soma, 45
Psiquiatra de crianças, e tendência anti-social, 97-98
Psiquiatria
e área de interesse, 178
e Psiquiatria Infantil, 178
e teoria de desenvolvimento da personalidade, 179-180
Psiquiatria de crianças
e Pediatria, 177
e Psiquiatria, 178
e psicanálise, 182-183
área de interesse da, 91
base para, 177
classificação de casos em, 176-177
entrevista psicoterápica em, 175-176
treinamento para, 174-183
o que é?, 175-176

Queda, 57
por falha do segurar (ao colo), 104

Raiva
repetição na análise, apropriada a falha do ambiente, 189
Reações, levando ao "falso *self*", 36
Realidade
externa, e, "*self* verdadeiro", 121
psíquica, localizada internamente, 209
compartilhada, perdas da, 202
Realidade interna
e culpa, 22
e culpa moral, 20
Realidade psíquica
e pele, 45
interna, 63
interna, e moral, 92-93
interna, e pele, 93
Klein sobre a, 45
Realidade, sentimento de, e não-comunicação, 168
Realização do impulso criativo, 68
Realização simbólica, 59, 67
Reclusão, recuo
e regressão, 138
versus solidão, 33
Reconstrução
de material precoce na análise e observação direta, 104-105
de falha ambiental, 49
da dependência infantil no tratamento de casos *borderline*, 53-54
da sexualidade infantil (Freud), 54
Regressão
e processo primário, 117
e mimar, 229
e tendência à autocura, 117
como comunicação em psicose, 117
como esperança, 117
mudança no significado da, 11 6-117
induzida por mãe demasiado boa, 50
a serviço do ego, 229
necessidade de, levando à mudança na atitude profissional do analista, 148-150
expectativa do paciente na, 129
representada por reclusão, 138-139
à dependência, 117
à dependência, revelando mais do que a observação direta, 129
à dependência, *versus* experiência corretiva, 233
Relação anaclítica e a capacidade de ficar só, 31
Relação sexual e a capacidade de ficar só, 33
e interesse, 70
Relacionamentos a duas e a três pessoas, 31-32
Relacionamento a duas pessoas,
e preocupação, 71
e a posição depressiva, 160
Relacionamento paterno-infantil, 38-54
Relações objetais e acordo, 47
anteriores, 44
Relaxamento, 60
Religião
e o desenvolvimento da criança, 89-94
e depressão, 27
e culpa, 19
e neurose obsessiva, 23
e Psicanálise, 89-94
e objeto transicional, 168-169
Remorso, 28
Reparação
e preocupação, 73-76
e culpa, 73-76
necessidade do lactente de realizar, 26
do analista, 76-77
Repressão, 39, 199
analista reduzido a, 198
Resistência
papel da, 153
silêncio sem ser, 31
Responsabilidade
e preocupação, 70
e culpa, 22
sentimento de, e provisão materna, 96
Restituição, 26
Retaliação, expectativa de, desde os primeiros dias de vida, 104
Ribble, M., 164
Rickman, J., 31, 124, 197
Rivière, J., 160
Roubo
e separação da mãe, 68
e defendendo uma reclamação, 188

Sadismo, 26
Satisfação
eliminando o objeto, *165*
como violação da função do ego, 56
lactente se sentindo subornado por, 165
instintiva, e organização do ego, 48
do instinto *versus* necessidades, 129-130, 217
qualidade da, 37
Saúde (ver saúde mental)
Saúde, essencial na latência, 111-112
Saúde mental
e necessidades da criança, 68-69
e desenvolvimento emocional, 62-69
e ódio e masturbação, 33
e cuidado do lactente, 40, 210-211
e cuidado materno, 48-49
e *self* central sem comunicar-se, 168, 174
maturidade apropriada à idade, 176
provisão para, 65-66
Searles, H., 72, 134
Sechehaye, M., 59, 67

Sedução pela amamentação, 47
Seio interno, 34
Seleção
de candidatos, 182-183
de casos, 115-118
de casos inapropriados de falso *self*, 131-132
Self
e o processo maturativo, 81-85
que toma conta de si mesmo e o "falso", 57-58
autocontrole, 94
desenvolvimento do, da dependência à independência, 79-87
diferenciação do, pessoal, da dissociação do lactente do cuidado materno, 41
"falso", como defesa, 57-58
secreto, oculto, 170-175
conceito de Jung de, 172
pessoal, conteúdo do, 93
pessoal, isolado e não afetado pela experiência, 93
"falso e verdadeiro", 128-139
"*Self* que cuida de si mesmo"
papel do, *130-131*
"*Self* verdadeiro"
e aniquilamento, 134
e satisfação do id, 129
e adaptação da mãe, 133-134
e processo primário, 135
e realidade dos objetos, 136
e a sensação de ser real, 136
e o gesto espontâneo, 135
e suicídio, 131
definido, 135-136
estabelecimento do, 134-135
apenas, analisável, 122-123
não afetado pela realidade externa, 122
Senso social, 64
Separação
e preocupação, 74
ansiedade de, 41
negação de, por cordão, *141-142*, 143-144
do lactente da mãe, 68
Ser, 142
continuidade do, e aniquilamento, 46
continuidade do, derivado do cuidado materno, 51-53
Sessão, silenciosa, como conquista, 31
Sexualidade, pré-genital, Freud na, 41
Sexualidade pré-genital e cuidado da criança, 80-81
Shakespeare, W., 63
Silêncio, do paciente, 163
e comunicação, 168, 171
na análise, 163
do paciente, 163
Sinalizar, necessidade do lactente de, e fim da fusão, 49-51
Sintomas
e culpa, 21-22
valor dos, 131
para Psiquiatria Infantil, 175-183
importância do, analítico, 106
Situação psicanalítica, 29
e neurose, 108
colapso relembrado em, 127
dependência em, 225-233
narcisismo na, 116
extensão do uso da, 116, 216
"Só", "sozinho"
como estado imaturo, 34
como criança com a mãe, 32
capacidade de ficar, 31-37
capacidade de ficar, e a relação anaclítica, 31
capacidade de ficar, e objetos internos bons, 34
capacidade de ficar, e relação sexual, 33
capacidade de ficar, e cena primária, 33
Socialização
e culpa, 28
e maturidade do crescimento emocional, 79-80
Sociedade
e adolescência, 219
e envolvimento com a tendência anti-social, 186
e seu papel no destino dos distúrbios de caráter, 186-188
Sociedade Britânica de Psicanálise, 156-157
Solidão, 32-33
Solução falsa
intolerância ferrenha do adolescente a, 220
Sonhar, 45
Sonho, *213*
simbolizando dependência e vulnerabilidade, *228-229*
Splitting, 27, 104, 201
do bom e do mau, 92-93
Strachey, J., 103, 156-157
Sublimação, 37
e defesa do "falso *self*", 137
Submissão, 96

concessão e falso *self* na normalidade, 136-137
levando a falso *self*, 133-134
com mãe insuficientemente boa, 134-135
Suicídio, e "*self* verdadeiro", 131
na adolescência, 221
Superego, 20, 22-23, 115
anormalidade do, 22-23
e monoteísmo, 22
arcaico, 95-96
Freud e o, 22
no homem e na mulher, 22
teoria de Klein do, 117
patológico, *30*
pessoal, 90
Tabefe, como falso clímax, 37
Tavistock Clinic, 175
Técnica de Psicanálise
contribuição de Aichhorn à, 116
mudanças da, quando se defrontando com tendência anti-social e necessidade de regressão, 148
deficiência de, 115-116
determinada pelo diagnóstico, 153-155
avaliação de fatores internos e externos na, 116
contribuição de Ferenczi à, 115-116
boa, como experiência corretiva, 233
manejo das defesas do "falso *self*", na, 139
na psicose, 150
cuidado do lactente e, 116-118
contribuição de Klein à, 116
modificações da, 154-155, 216-218
concessão feita ao paciente que não se comunica para, 171
padrão, 153
transferência e, 146
aplicações ampliadas da, 208-210, *212-215*
Tempo, e o papel da mãe, 73
de interpretar, 112
Tendência anti-social
e atuação, 188-190
e Aichhorn, 116
e percepção de ter sido ludibriado, 122-123
e crime, 30
e falha ambiental, 51
e necessidade de um clímax físico, 37
e maldade, 96-97
originando-se de roubo, 185, 187-188
como esperança na criança esbulhada, 96-97
o desafio da, 186-189
destruição provocando o manejo de, 188
por falha no cuidado da criança, 30
esperança em, 185
na adolescência, 221-222
em distúrbios de caráter, 185
em crianças e recuperação do sentimento de culpa, 29
envolvendo a sociedade, 186
manejo da, *30*
origem da, 203-204
reclamação "denrisco" em, 188
o prover do terapeuta no manejo da, 188
tratamento, envolvendo mudança da atitude profissional do analista, 149-150
dois tipos de comportamento em, 30
versus delinqüência, 30
versus psicose, 123
Tendências hereditárias e o meio favorável, 215-216
Tendências inatas e saúde mental, 66
Teologia, e criatividade do indivíduo, 89-90
Terapia ocupacional, 66
Término, da análise na latência, 112-113
Tolerância, capacidade de, 86
Trabalho, e preocupação, 73, *76-77*
construtivo, e culpa, 22
Trabalho impulsionado por culpa, 28
Transferência
aceitação da dependência na, 42
e experiência corretiva, 233
relacionamento do ego, e objetos internos, 159
e o estudo da infância, 38
e neurose de transferência, 146
como forma de relacionamento materno-infantil, 129
dependência na, comparada com a dependência da infância, 226
importância da, 108-109
em análise *versus* em assistência social (psiquiátrica), 147-148
nos casos *borderline*, 51
interpretação da, na análise de crianças, 110
fúria na, *76*
neurose, 152
psicose, 172
repetindo material "precoce" e "profundo", 104-105
repetindo a necessidade do lactente de

sinalizar, 49-51
repetindo confusão na infância, 134
estudo da, versus observação direta, 53-54
trauma na, repetindo trauma original, 189
incapaz de recapturar detalhes de falha no cuidado materno, 49
Tratamento
analítico e a capacidade do paciente de ficar só, 31
da delinqüência, 30
Tratamento psicanalítico
objetivos do, 152-155
e importância do diagnóstico, 108
e cuidado do lactente, 228
risco do, 172
risco do, nos casos de "falso *self*", 122
descoberta do início da vida em, 135
fortalecimento do ego do, 153-154
conclusão do, 112-113
experiência de raiva apropriada à falha ambiental em, 189
fracassado, 115-116
interminável, relacionado com o "falso *self*", 138
modificações do, 1 54-155
necessidade de, 152
dos distúrbios de caráter, 190-191
de crianças, não diferente de adultos, 107
silêncio no, 171-172
padrão, 152-154
início de, 226
ameaça a adolescentes do, 172
transferência no, 108-109
versus psicoterapia, 106-107
Trauma
como padrão de influências deformantes, 127
como falha de provisão ambiental, 231
por excitação do id que não está incluída no ego, 129
por satisfação do id, 56
por imprevisibilidade do cuidado do lactente, 91
fora da onipotência do indivíduo, nenhum, 38
da morte da mãe, *84-85*
percepção do, em distúrbios de caráter, 187,189
transferência, 189
Treinamento
e pacientes psicóticos, 150
casos de "falso *self*", inapropriados para, 131
e fenômenos, 102-103

Valor
e sentimento de culpa, 28
na personalidade, 118
Klein no do indivíduo, 28
provisão de, 95
sentimento de, 94-98
Voracidade, *212*
Verbalização, 172
Vida cultural
e psicanálise, 168
e o *self* verdadeiro e o falso, 137
Violência, na adolescência, *222-224*
Vivacidade
e defesa maníaca, 173
versus viver, 173-174
Viver com, 42-45
Vulnerabilidade, do ego do paciente, 226-227, *228*

Wheels, A., 172-173
Winnicott, C., 204

Zetzel, E., 226-227
e Winnicott, 230-232