
ATAQUES AO ELO DE LIGAÇÃO

W. R. BION

Este artigo foi originalmente apresentado perante a Sociedade Britânica de Psicanálise em 20 de outubro de 1957 e foi publicado pela primeira vez em 1959 no *International Journal of Psycho-Analysis*, 40: 308-15.

Ao referir-me, em artigos anteriores (Bion 1957), à parte psicótica da personalidade, tive ocasião de falar dos ataques destrutivos que o paciente faz a tudo aquilo que é sentido como tendo a função de ligar um objeto a outro. É minha intenção, neste artigo, mostrar o significado dessa forma de ataque destrutivo na produção de determinados sintomas encontrados nas psicoses fronteiriças (*borderline*).

O seio ou o pênis primitivos constituem o protótipo de todos os elos de ligação de que desejo falar. O artigo pressupõe a familiaridade com as descrições que faz Melanie Klein das fantasias do bebê de ataques sádicos ao seio (Klein 1934), da cisão que o bebê opera em seus objetos, de identificação projetiva — nome que ela dá ao mecanismo através do qual partes da personalidade são excindidas e projetadas para dentro de objetos externos — e, finalmente, suas idéias sobre os estágios iniciais do complexo de Édipo (Klein 1928). Examinarei os ataques fantasiados ao seio como protótipo de todos os ataques a objetos que sirvam de elo de ligação, e a identificação projetiva como o mecanismo empregado pela psique para se livrar dos fragmentos de ego produzidos por sua destrutividade.

Descrevi primeiramente algumas manifestações clínicas, segundo uma ordem ditada não pela cronologia de seu aparecimento no consultório, mas pela necessidade de tornar tão clara quanto possível a exposição de minha tese. Em seguida, apresentarei material selecionado com vistas a demonstrar a configuração que assumem esses mecanismos quando a relação entre eles é determinada pela dinâmica da situação analítica. Concluirei com observações teóricas sobre o material apresentado. Os exemplos foram extraídos das análises de dois pacientes, e referem-se a um estágio avançado de suas análises. A fim de preservar o anonimato, não farei dis-

torção nos dados que, espero, não prejudicarão a exatidão da descrição analítica.

A observação da propensão do paciente a atacar o elo de ligação entre dois objetos é facilitada pelo fato do analista ter de estabelecer um elo de ligação com o paciente, e o fazer por intermédio da comunicação verbal e de sua bagagem de experiência psicanalítica. Disso depende a relação criativa e, portanto, deve nos ser possível ver ataques feitos a esta.

Não estou interessado na resistência típica às interpretações, mas em desenvolver as alusões que fiz aos ataques destrutivos ao próprio pensamento verbal em meu artigo "Diferenciação entre a personalidade psicótica e a personalidade não-psicótica" (Bion 1957).

Exemplos clínicos

Descreverei agora ocasiões que me propiciaram a oportunidade de dar ao paciente uma interpretação – que naquele momento ele estava em condições de compreender – de uma conduta destinada a destruir o que quer que fosse que ligasse dois objetos.

Eis os exemplos:

(I) Tive motivos para dar ao paciente uma interpretação que explicitava seus sentimentos de afeição pela mãe – e sua expressão desses sentimentos –, pela capacidade dela em agüentar uma criança rebelde. O paciente tentou expressar sua concordância comigo mas, embora precisasse dizer apenas umas poucas palavras, a enunciação das mesmas foi interrompida por um acentuado gaguejar que fez com que seu comentário se estendesse por cerca de um minuto e meio. Os sons efetivamente emitidos assemelhavam-se a um arfar ofegante. O arfar era entremeado de sons gorgolantes, como se estivesse imerso em água. Chamei sua atenção para esses sons e ele concordou que, de fato, eram *sui generis*, tendo ele mesmo sugerido as descrições que acabei de fazer.

(II) O paciente queixou-se de que não conseguia dormir. Demonstrando sinais de medo, ele disse: "Não posso continuar assim." Comentários desconjuntados deram a impressão de que ele, num plano superficial, sentia que alguma catástrofe iria ocorrer, talvez algo próximo à insanidade, se não conseguisse mais dormir. Referindo-me a material da sessão anterior, sugeri que ele temia sonhar se dormisse. Ele o negou e disse que não podia pensar por que estava molhado. Recordei-lhe o uso que ele fazia do termo "molhado" como expressão de desprezo por alguém que ele considerava fraco e sentimental. Ele discordou, indicando que o estado a que se

referia era exatamente o oposto. Do que eu sabia desse paciente, achei que sua correção nesse ponto era válida e que, de algum modo, a umidade referia-se a uma expressão de ódio e inveja que ele associava a ataques urinários a um objeto. Assim, disse-lhe que, além do medo superficial que expressara, ele temia dormir porque, para ele, isso era o mesmo que o esvair-se de sua própria mente. Associações adicionais mostraram que ele sentia que cindia tão consciente e diminutamente as boas interpretações que vinham de mim, estas se transformavam em urina mental que então vazava descontroladamente. O sono era, portanto, inseparável da inconsciência, que era ela própria idêntica a um estado de demenciação irreparável. Ele disse: "Estou seco agora". Respondi que ele se sentia desperto e capaz de pensar, mas que esse bom estado era apenas precariamente mantido.

(III) Nessa sessão o paciente produzira material estimulado pela interrupção do fim de semana anterior. Sua percepção de tais estímulos externos tornara-se demonstrável num estágio relativamente recente da análise. Anteriormente, o grau em que ele era capaz de aquilatar a realidade era uma questão aberta a conjeturas. Eu sabia que ele tinha contato com a realidade porque veio por decisão própria buscar análise, mas dificilmente se poderia inferir isso a partir de seu comportamento nas sessões. Quando interpretei algumas associações como uma evidência de que ele sentia que estivera, e ainda estava, presenciando um coito entre duas pessoas, reagiu como se tivesse recebido um golpe violento. Na ocasião, eu não podia dizer exatamente onde ele experimentara o ataque e, mesmo retrospectivamente, não tenho uma idéia clara a respeito. Parecia lógico supor que o choque fora dado por minha interpretação e que, portanto, o golpe viera de fora, mas tenho a impressão de que ele o sentiu como se tivesse desferido a partir de dentro. O paciente freqüentemente experimentava o que descrevia como uma punhalada que vinha de dentro. Sentou-se e ficou a fitar atentamente o espaço. Eu disse que ele parecia estar vendo alguma coisa. Respondeu que não conseguia enxergar o que via. Foi-me possível interpretar, a partir de experiência prévia, que ele sentia que estava "vendo" um objeto invisível, e a experiência subsequente convenceu-me de que, no caso dos dois pacientes de cujas análises dependo para o material do presente artigo, ocorreram episódios em que os pacientes tiveram alucinações invisíveis-visíveis. Mais adiante exporei as razões para supor que, nesse exemplo e no anterior, mecanismos semelhantes estavam em operação.

(IV) Nos vinte minutos iniciais da sessão, o paciente fez três comentários isolados que não tiveram significado para mim. Falou então que parecia que uma moça que ele conhecera era compreensiva. Isso foi imediatamente seguido de um movimento violento e convulsivo que ele aparentou

ignorar. Parecia ser idêntico ao tipo de ataque à punhalada que mencionei no último exemplo. Tentei chamar sua atenção para o movimento, mas ele ignorou minha intervenção da mesma forma que ignorou o ataque. Ele então disse que a sala estava cheia de uma névoa azul. Um pouco depois, comentou que a névoa tinha se dissipado, mas que ele estava deprimido. Interpretei que ele se sentiu compreendido por mim. Essa era uma experiência agradável, mas a agradável sensação de ser compreendido fora instantaneamente destruída e expelida. Lembrei-lhe de que recentemente presenciáramos seu uso da palavra "azul" como uma descrição compacta de uma relação sexual injuriosa. Se minha interpretação estava correta – e eventos subsequentes sugeriam que estava –, isso significava que a experiência de ser compreendido fora cindida, convertida em partículas de injúria sexual e expelidas. Até esse ponto, senti que a interpretação aproximava-se bastante da sua experiência. Interpretações posteriores – de que o desaparecimento da névoa era devido à reintrojeção e conversão em depressão – pareceram ter menos realidade para o paciente, embora eventos posteriores fossem compatíveis com a idéia de estarem corretas.

(V) A sessão, tal como a do exemplo anterior, começou com três ou quatro relatos de fatos, tais como que estava quente, que seu trem estava lotado e que era quarta-feira. Isso ocupou trinta minutos. A impressão de que ele estava tentando manter contato com a realidade confirmou-se quando ele prosseguiu dizendo que tinha medo de um colapso. Pouco depois, ele disse que eu não o compreenderia. Interpretei que ele sentia que eu era mau e que não iria receber o que ele queria colocar em mim. Interpretei deliberadamente nesses termos porque ele revelara, na sessão anterior, que sentia que minhas interpretações eram uma tentativa de expelir sentimentos que ele desejava depositar em mim. Sua resposta à minha interpretação foi dizer que sentia que havia duas nuvens de probabilidade na sala. Interpretei que ele estava tentando se livrar do sentimento de que a minha maldade era um fato. Disse-lhe que isso significava que ele precisava saber se eu era de fato mau ou se eu era alguma coisa má que tinha vindo de dentro dele. Embora a questão não fosse de importância central naquele momento, pensei que o paciente estava tentando decidir se estava, ou não, alucinando. Essa ansiedade recorrente em sua análise estava associada ao medo de que a inveja e o ódio de uma capacidade de compreender estivessem levando-o a pôr para dentro de si um objeto bom e compreensivo com o propósito de destruir esse último e expeli-lo – um procedimento que freqüentemente levava à perseguição pelo objeto destruído e expelido. Se a minha recusa em compreender era uma realidade ou um alucinação, era importante apenas porque determinava quais experiências dolorosas eram de se esperar.

(VI) Metade da sessão se passara em silêncio. O paciente então anunciou que um pedaço de ferro caíra no chão. A seguir, fez uma série de movimentos convulsivos em silêncio, como se estivesse se sentindo fisicamente atacado a partir de dentro. Eu disse que ele não conseguia estabelecer contato comigo devido ao seu medo do que se passava dentro de si. Ele o confirmou dizendo que sentia que estava sendo assassinado. Ele não sabia o que faria sem análise, pois esta o deixara melhor. Disse-lhe que se sentia tão invejoso de si próprio e de mim, por sermos capazes de trabalhar juntos para fazê-lo sentir-se melhor, que havia posto para dentro de si o par que formávamos como sendo um pedaço de ferro e um assoalho mortos, que se encontravam não para lhe dar vida, mas para assassiná-lo. Ele ficou muito ansioso e disse que não podia prosseguir. Disse-lhe que ele sentia que não conseguia prosseguir porque ele ou estava morto ou, então, vivo e tão invejoso que tinha que interromper a boa análise. Houve uma acentuada diminuição da ansiedade, mas o restante da sessão foi tomado por comentários isolados sobre fatos, o que, de novo, pareciam ser uma tentativa de preservar o contato com a realidade externa como um método de negação de suas fantasias.

Características comuns aos exemplos mencionados

Escolhi esses episódios porque o tema dominante em cada um deles era o ataque destrutivo a um elo de ligação. No primeiro, o ataque foi expresso através de um gaguejar que visava impedir o paciente de usar a linguagem como um vínculo entre ele e eu. No segundo, o sono era encarado pelo paciente como sendo idêntico a uma identificação projetiva que prosseguia insensível a qualquer tentativa possível de controle de sua parte. O sono para ele significava que sua mente, diminutamente, esvaía-se num jorro agressivo de partículas.

Os exemplos que forneço aqui lançam luz sobre o sonhar esquizofrênico. O paciente psicótico parece não ter sonhos, ou pelo menos não relatar sonho algum, até que a análise já esteja relativamente avançada. Minha impressão agora é de que esse período aparentemente sem sonhos é um fenômeno análogo à alucinação visual invisível. Isto é, que os sonhos são constituídos de material tão diminutamente fragmentado que ficam desprovidos de qualquer componente visual. Quando o paciente experimenta sonhos passíveis de serem relatados, porque vivenciou objetos visuais no decorrer do sonho, ele parece considerar que esses objetos têm, com os objetos invisíveis da fase anterior, uma relação muito semelhante à que as fezes lhe parecem ter com a urina. Os objetos que aparecem nas experiências que chamamos de sonhos são considerados pelo paciente

como sendo sólidos e, como tais, contrastados com os conteúdos dos sonhos que eram um *continuum* de diminutos fragmentos invisíveis.

Na ocasião da sessão, o tema principal não era um ataque ao elo de ligação, mas as conseqüências de um tal ataque, previamente efetuado, em deixá-lo privado de um estado mental necessário para o estabelecimento de uma relação satisfatória entre ele e a sua cama. Embora isso não apareça na sessão que relato, a identificação projetiva incontrolável, que era o que o sono significava para ele, era considerada como um ataque destrutivo ao estado mental dos pais acasalados. Havia, portanto, uma dupla ansiedade: uma, que surgia de seu medo de que estivesse sendo levado a ficar louco, e outra, de seu medo de ser incapaz de controlar seus ataques hostis – sendo a sua mente a fornecedora de munição – ao estado mental que era o elo de ligação entre o par formado pelos pais. O sono e a insônia eram igualmente inaceitáveis.

No terceiro exemplo, no qual descrevi alucinações visuais de objetos invisíveis, presenciamos uma das formas em que se desfeca o ataque efetivo ao par sexual. Minha interpretação, tanto quanto pude discernir, foi sentida por ele como se fosse sua própria impressão visual de um coito dos pais. Essa impressão visual é diminutamente fragmentada e imediatamente expelida em partículas tão minúsculas que passam a constituir os componentes invisíveis de um *continuum*. Todo esse procedimento serve ao propósito de evitar, por antecipação, a experiência de sentimentos de inveja do estado mental dos pais, através da expressão instantânea da inveja num ato destrutivo. Terei mais a dizer sobre esse ódio implícito à emoção e da necessidade de evitar a percepção da mesma.

No quarto exemplo – o relato sobre a moça compreensiva e a névoa –, minha compreensão e seu agradável estado mental foram sentidos como um elo da ligação entre nós que poderia dar origem a um ato criativo. O elo de ligação foi encarado com ódio e transformado em uma sexualidade hostil e destrutiva que deixava o par paciente-analista estéril.

No quinto exemplo – das duas nuvens de probabilidade –, a capacidade de compreensão é o elo de ligação que é atacado, mas o interesse se centra no fato de que o objeto que faz os ataques destrutivos é alheio ao paciente. Além disso, o destruidor está fazendo um ataque à identificação projetiva, que o paciente sente como um método de comunicação. Na medida em que o meu suposto ataque aos seus métodos de comunicação é sentido como sendo possivelmente secundário aos seus ataques invejosos a mim, ele não se dissocia de sentimentos de culpa e responsabilidade. Um outro ponto é o surgimento do discernimento – que Freud considera um aspecto essencial do predomínio do princípio de realidade – entre as partes expelidas da personalidade do paciente. O fato de que havia duas nuvens de probabilidade ficou sem explicação na ocasião mas, nas sessões seguintes, obtive material que me levou a supor que, o que originalmente

fora uma tentativa de separar o bom do mau, sobrevivera na existência de dois objetos que agora, contudo, eram semelhantes no sentido de que cada um deles era uma mistura de bom e mau. Levando em consideração o material de sessões posteriores, posso tirar conclusões que, na ocasião, não eram possíveis. Sua capacidade de discernimento, que fora cindida e destruída juntamente com o restante do seu ego e, em seguida, expelida, era sentida por ele como sendo semelhante a outros objetos bizarros do tipo que descrevi em meu artigo sobre "A diferenciação entre a parte psicótica e a parte não-psicótica da personalidade"*. Essas partículas expelidas eram temidas em razão do tratamento que ele dispensara a elas. Ele sentia que o discernimento do qual se alienara – as nuvens de probabilidade – indicava que provavelmente eu era mau. Sua suspeita de que as nuvens de probabilidade eram persecutórias e hostis levou-o a duvidar do valor da orientação que elas lhe davam. Poderiam fornecer-lhe uma avaliação correta ou uma deliberadamente falsa, como por exemplo de que um fato era uma alucinação ou vice-versa; ou dar origem ao que, do ponto de vista psiquiátrico, chamaríamos de delírio. As nuvens de probabilidade possuem algumas qualidades de um seio primitivo, e eram sentidas como sendo enigmáticas e intimidativas.

No sexto exemplo – o relato de que um pedaço de ferro caíra no chão –, não tive oportunidade de interpretar um aspecto do material com o qual o paciente, a essa altura, se achava familiarizado. (Devo dizer, talvez, que a experiência me ensinou que, por vezes, eu presumia a familiaridade do paciente com algum aspecto de uma situação com a qual estávamos lidando, apenas para descobrir que, apesar do trabalho feito sobre isso, ele o esquecera.) O ponto conhecido que não interpretei, mas que é significativo para a compreensão desse episódio, é que a inveja que o paciente tinha do casal de pais havia sido evitada através da substituição dos pais por ele mesmo e eu. A evitação falhou, pois a inveja e o ódio agora se voltavam contra ele mesmo e contra mim. O casal engajado num ato criativo é sentido como estando compartilhando uma invejável experiência emocional; ele, identificando-se também com o elemento excluído, passa também por uma dolorosa experiência do tipo que descrevo nesse episódio, e em parte por razões sobre as quais me estenderei mais tarde, tinha ódio das emoções e, portanto, como decorrência imediata, da própria vida. Esse ódio contribui para o ataque assassino àquilo que liga o par, ao próprio par e ao objeto gerado pelo par. No episódio que estou descrevendo, o paciente sofre as conseqüências de seus antigos afaques ao estado mental que forma o elo de ligação entre o par criativo e de sua identificação tanto com o estado mental odioso quanto com o estado mental criativo.

* Apesar de utilizar um título diferente, Bion refere-se aqui ao artigo apresentado na primeira parte deste livro, pp. 69-86 (N. da. T.)

Nesse exemplo, assim como no anterior, há elementos que sugerem a formação de um objeto hostil e persecutório, ou de uma aglomeração de objetos, que expressa sua hostilidade de um modo que é muito importante na produção do predomínio de mecanismos psicóticos nos pacientes. As características com que dotei o aglomerado de objetos persecutórios têm a qualidade de um superego primitivo e, até mesmo, assassino.

Curiosidade, arrogância e estupidez

No artigo que apresentei no Congresso Internacional de 1957 (Bion 1957), sugeri que a analogia que Freud estabeleceu entre a investigação arqueológica e a psicanálise era útil se considerássemos que estávamos expondo evidências não tanto de uma civilização primitiva, mas de um desastre primitivo. O valor da analogia fica diminuído uma vez que, na análise, somos confrontados não tanto com uma situação estática que permite um estudo vagaroso, mas com uma catástrofe que permanece a um só tempo viva e, ainda assim, incapaz de se resolver e sossegar. Essa ausência de progresso em qualquer direção deve ser atribuída, em parte, à destruição da capacidade de ter curiosidade e à conseqüente incapacidade de aprender; mas antes de entrar nisso, devo dizer alguma coisa sobre uma questão que quase não desempenha nenhum papel nos exemplos que forneci.

Os ataques ao elo de ligação têm origem na fase que Melanie Klein chama de esquizo-paranóide. Esse período é dominado por relações de objeto parcial (Klein 1948). Se tivermos em mente que o paciente tem uma relação de objeto parcial consigo mesmo, bem como com objetos que não são ele, contribui para a compreensão de expressões como "parece", habitualmente empregada pelo paciente profundamente perturbado em ocasiões em que um paciente menos perturbado diria "eu penso" ou "eu creio". Quando ele diz "parece", está freqüentemente referindo-se a um sentimento – um sentimento de que "parece" – que é parte de sua psique e, ainda assim, não é observado como sendo parte de um objeto total. A concepção do objeto parcial como análogo a uma estrutura anatômica, encorajada pelo emprego que o paciente faz de imagens concretas como unidades de pensamento, é enganadora, porque a relação de objeto parcial não se dá apenas com as estruturas anatômicas mas com funções, não com a anatomia mas com a fisiologia, não com o seio mas com a amamentação, o envenenamento, o amor e o ódio. Isto contribui para a impressão de um desastre que é dinâmico e não estático. O problema que tem de ser solucionado nesse nível inicial, ainda superficial, deve ser formulado em termos adultos através da pergunta: "O que é alguma coisa?" e não "Por que é alguma coisa?", pois o "porquê" foi excindido devido à culpa.

Problemas, cuja solução depende da percepção de causação não podem, portanto, ser formulados e, muito menos, resolvidos. Isto produz uma situação na qual o paciente parece não ter problemas, exceto os colocados pela existência do par analista-paciente. Sua preocupação é com o que é esta ou aquela função, sobre a qual tem consciência embora seja incapaz de apreender a totalidade da qual a função é parte. A decorrência disso é não se colocar jamais a questão de por que o paciente, ou o analista, está ali, ou por que se disse, se fez ou se sentiu algo; nem tampouco poderá entrar em cogitação tentar alterar as causas de algum estado mental. . . Uma vez que “o quê?” nunca pode ser respondido sem o “como?” ou “por quê?”, surgem mais dificuldades. Deixarei isso de lado para examinar os mecanismos empregados pelo bebê para resolver o problema “o quê?”, quando experimentado em relação a um relacionamento de objeto parcial com uma função.

Negação de graus normais de identificação projetiva

Emprego o termo “elo de ligação” porque desejo examinar a relação do paciente com uma função, e não com o objeto que serve a uma dada função. Meu interesse não é só com relação ao seio, ou ao pênis, ou ao pensamento verbal, mas com sua função de prover um elo de ligação entre dois objetos.

Em “Notas sobre alguns mecanismos esquizóides” (1946), Melanie Klein fala da importância do emprego excessivo de cisão e identificação projetiva na produção de uma personalidade muito perturbada. Ela também fala da “introjeção do objeto bom, primeiramente o seio materno” como “pré-condição para o desenvolvimento normal”. Partirei do pressuposto de que existe um grau normal de identificação projetiva – sem definir os limites em que se situa a normalidade – e de que, associada à identificação projetiva, a identificação introjetiva constitui a base sobre a qual repousa o desenvolvimento normal.

Essa impressão deriva-se, em parte, de um aspecto difícil de interpretar na análise de um paciente, uma vez que não parecia, em momento algum, impor-se o bastante para que a interpretação se apoiasse em evidência convincente. Por toda a análise o paciente recorreu à identificação projetiva com uma persistência que sugeria que se tratava de um mecanismo de que jamais ele conseguira valer-se o suficiente. A análise propiciou-lhe uma oportunidade para o exercício de um mecanismo do qual havia sido privado. Não precisei basear-me apenas nesta impressão. Havia sessões que me levavam a supor que o paciente sentia que havia um objeto que lhe negava o uso de identificação projetiva. Nos exemplos que dei, particularmente no primeiro – o gaguejar – e no quarto – a moça

compreensiva e a névoa azul –, há elementos que indicam que o paciente sentia que eu recusava o ingresso a partes de sua personalidade que ele desejava depositar em mim; mas tinham havido associações anteriores a essa que me conduziram a este ponto de vista.

Quando o paciente esforçava-se por se livrar dos temores de morte, sentidos como demasiado poderosos para que sua personalidade os contivesse, ele excindia seus temores e os colocava dentro de mim, com a idéia de que, se lhes fosse permitido repousar ali por tempo suficiente, minha psique os modificaria, podendo então ser reintrojados sem perigo. Na ocasião que tenho em mente, o paciente sentiu, provavelmente por razões semelhantes às que dei no quinto exemplo – as nuvens de probabilidade –, que eu evacuei os seus sentimentos tão rapidamente que eles não se modificaram; ao contrário, tornaram-se mais dolorosos.

Associações provenientes de um período da análise anterior à época da qual se retiraram esses exemplos revelavam uma intensidade crescente das emoções do paciente. Isso se originava no que ele sentia como sendo minha recusa em aceitar partes de sua personalidade. Em decorrência disso, ele esforçava-se por forçá-las para dentro de mim com crescente desespero e violência. Seu comportamento, se isolado do contexto da análise, poderia parecer uma expressão de agressão primária. Quanto mais violentas eram suas fantasias de identificação projetiva, mais amedrontado comigo ele ficava. Havia sessões em que tal comportamento expressava agressão não provocada, mas cito esta seqüência porque mostra o paciente sob uma luz diferente, sendo sua violência uma reação ao que ele sentia como uma atitude defensiva hostil de minha parte. A situação analítica produziu em minha mente uma sensação de estar presenciando uma cena extremamente antiga. Senti que o paciente experimentara na infância uma mãe que zelosamente respondia às manifestações emocionais do bebê. Essa resposta zelosa continha um elemento de impaciente “não sei o que há com essa criança”. Minha dedução foi de que a mãe, para compreender o que queria a criança, deveria ter tratado o choro do bebê como algo mais do que uma exigência de sua presença. Do ponto de vista do bebê, ela deveria ter recebido dentro de si, e desta forma experimentado, o medo de que a criança estivesse morrendo. Era esse medo que a criança não podia conter, e que se esforçava por excindir, juntamente com a parte da personalidade na qual se encontrava o mesmo, projetando-o para dentro da mãe. Uma mãe compreensiva é capaz de experimentar a sensação de pavor – com a qual esse bebê se esforçava por lidar via identificação projetiva – e, ainda assim, manter uma visão equilibrada. Esse paciente tivera de lidar com uma mãe que não conseguia tolerar a vivência de tais sentimentos e que reagia ora negando-lhes o ingresso, ora tornando-se presa da ansiedade que resultava da introjeção dos sentimentos do bebê. Essa última reação, creio eu, deve ter sido rara: predominava a negação.

Para alguns, essa reconstrução parecerá excessivamente fantasiosa. Para mim não parece forçada, e é a resposta a quem possa objetar que se coloca demasiada ênfase sobre a transferência, a ponto de se excluir a devida elucidação das recordações precoces.

Podemos observar na análise uma situação complexa. O paciente sente que lhe está sendo propiciada uma oportunidade que até então lhe havia sido negada. A pungência de sua privação torna-se, assim, mais aguda, da mesma forma que os sentimentos de ressentimento pela privação. A gratidão pela oportunidade coexiste ao lado da hostilidade ao analista como alguém que não compreenderá e recusará ao paciente o uso do único método de comunicação através do qual ele sente que pode fazer-se compreender. Assim, o elo de ligação entre paciente e analista, ou entre o bebê e o seio, é o mecanismo de identificação projetiva. Os ataques destrutivos a esse elo de ligação originam-se numa fonte externa ao paciente ou ao bebê, ou seja, no analista ou no seio. O resultado é a excessiva identificação projetiva por parte do paciente e uma deterioração de seus processos de desenvolvimento.

Não estou propondo que essa experiência seja a causa da perturbação do paciente. Esta encontra sua fonte principal na disposição inata do bebê, conforme descrevi em meu artigo "Diferenciação entre a personalidade psicótica e a personalidade não-psicótica" (Bion 1957). Considero-a como um aspecto central do fator ambiental na produção da personalidade psicótica.

Antes de examinar essa consequência para o desenvolvimento do paciente, devo me referir às características inatas e ao papel que desempenham na produção de ataques do bebê a tudo que o liga ao seio, ou seja, devo me referir à agressão primária e à inveja. A gravidade desses ataques é aumentada se a mãe apresenta o tipo de falta de receptividade que descrevi, e é diminuída, mas não abolida, se a mãe pode introjetar os sentimentos do bebê e permanecer equilibrada (Klein 1957). Persiste a gravidade porque o bebê psicótico está sobrecarregado de ódio e inveja da capacidade que a mãe tem de manter um estado mental confortável, embora experimentando os sentimentos do bebê. Isso foi claramente trazido por um paciente que insistia que eu devia passar por isso com ele, mas que se enchia de ódio quando sentia que eu era capaz de fazê-lo sem ter um colapso. Temos aqui um outro aspecto dos ataques destrutivos ao elo de ligação, sendo o elo de ligação a capacidade do analista de introjetar as identificações projetivas do paciente. Os ataques ao elo de ligação, portanto, são sinônimos dos ataques à paz de espírito do analista e, originalmente, da mãe. A capacidade de introjetar é transformada, pela inveja e pelo ódio do paciente, em voracidade que devora a sua psique. Semelhantemente, a paz de espírito torna-se uma hostil indiferença. A essa altura surgem problemas analíticos, em razão do emprego que o paciente faz

(para destruir a paz de espírito tão invejada) de *acting out*, atos delinquentes e ameaças de suicídio.

Conseqüências

Reverendo os principais aspectos até aqui: a origem da perturbação é dupla. De um lado, está a disposição inata do paciente à destrutividade excessiva, ao ódio e à inveja. De outro lado, o ambiente que, na pior hipótese, nega ao paciente o uso dos mecanismos de cisão e identificação projetiva. Em certas ocasiões, os ataques destrutivos ao elo de ligação entre o paciente e o ambiente, ou entre diferentes aspectos da personalidade do paciente, têm origem no paciente; em outras ocasiões, na mãe, embora neste caso e no caso de pacientes psicóticos, jamais possa ser exclusivamente na mãe. As perturbações se iniciam com a própria vida. O problema com que se confronta o paciente é: O que são os objetos de que se apercebe? Esses objetos, sejam internos ou externos, são de fato objetos parciais e, predominantemente, embora não exclusivamente, aquilo que denominamos de funções, e não estruturas morfológicas. Isso é obscurecido pelo fato de que o pensar do paciente é conduzido por meio de objetos concretos, tendendo, assim, a produzir, na mente sofisticada do analista, a impressão de que a preocupação do paciente é com a natureza do objeto concreto. A natureza das funções que excitam a curiosidade do paciente é por ele investigada através da identificação projetiva. Seus próprios sentimentos, poderosos demais para serem contidos no interior de sua personalidade, estão entre essas funções. A identificação projetiva lhe possibilita investigar seus próprios sentimentos dentro de uma personalidade forte o suficiente para contê-los. A negação do uso desse mecanismo, seja pela recusa da mãe em servir como receptáculo dos sentimentos do bebê, ou pelo ódio e inveja do paciente, que não pode permitir que a mãe exerça essa função, leva a uma destruição do elo de ligação entre o bebê e o seio e, conseqüentemente, a uma grave perturbação do impulso para ser curioso, do qual depende toda a aprendizagem. Está preparado, assim, o caminho para uma grave interrupção do desenvolvimento. Além disso, graças a uma negação do principal método de que dispõe o bebê para lidar com suas emoções demasiadamente poderosas, a condução da vida emocional, de qualquer forma um grave problema, torna-se intolerável. Em decorrência disto, os sentimentos de ódio voltam-se contra todas as emoções, inclusive o próprio ódio, e contra a realidade externa que os estimula. É um pequeno passo do ódio às emoções ao ódio à própria vida. Como assinala em meu artigo "Diferenciação entre a personalidade psicótica e a personalidade não-psicótica" (Bion 1957), esse ódio redundará no recurso à identificação projetiva de todo o aparelho perceptivo, inclusive do pensa-

mento embrionário que forma um elo de ligação entre as impressões sensoriais e a tomada de consciência. A tendência à excessiva identificação projetiva quando predominam as pulsões de morte é, assim, reforçada.

Superego

O desenvolvimento inicial do superego é efetivado por esse tipo de funcionamento mental, de um modo que devo agora descrever. Como afirmei, o elo de ligação entre o bebê e o seio depende da identificação projetiva e da capacidade de introjetar a identificação projetiva. O fracasso em introjetar faz com que o objeto externo pareça intrinsecamente hostil à curiosidade e ao método – a saber, identificação projetiva – através do qual o bebê busca satisfazê-la. Caso o seio seja sentido como fundamentalmente compreensivo, ele será transformado, pela inveja e pelo ódio do bebê, num objeto cuja voracidade devoradora tem como objetivo a introjeção das identificações projetivas do bebê, com a finalidade de destruí-las. Isso pode aparecer na crença do paciente de que o analista se esforça, através da compreensão do paciente, em levá-lo à loucura. O resultado é um objeto que, uma vez instalado no paciente, exerce a função de um superego severo e destrutivo em relação ao ego. Esta descrição não é precisa se aplicada a qualquer objeto na posição esquizo-paranóide, porque pressupõe um objeto total. A ameaça que um tal objeto total acarreta contribui para a incapacidade, descrita por Melanie Klein e outros (Segal 1950), do paciente psicótico em fazer face à posição depressiva e aos desenvolvimentos que a acompanham. Na fase esquizo-paranóide predominam os objetos bizarros, parcialmente compostos de elementos de um superego persecutório, que descrevi em meu artigo “Diferenciação entre a personalidade psicótica e a personalidade não-psicótica”.

Interrupção no desenvolvimento

O distúrbio do impulso à curiosidade, do qual depende toda a aprendizagem, e a negação do mecanismo através do qual este impulso busca expressão, torna impossível o desenvolvimento normal. Um outro aspecto se impõe se o andamento da análise for favorável: os problemas que em linguagem sofisticada são postos em termos da pergunta “Por quê?” não podem ser formulados. O paciente parece não ter uma estimativa de causação e queixar-se-á de estados mentais dolorosos ao mesmo tempo em que persiste numa série de atos destinados a produzi-los. Portanto, quando

surgir material apropriado, deve-se mostrar ao paciente que ele não tem interesse no porquê de se sentir assim. A elucidação do alcance limitado de sua curiosidade resulta no desenvolvimento de uma maior amplitude e uma incipiente preocupação com causas. Isto leva a alguma modificação de conduta que, de outro modo, prolonga seu sofrimento.

Conclusões

As principais conclusões desse artigo referem-se a esse estado mental em que a psique do paciente contém um objeto interno que se opõe e destrói todo e qualquer elo de ligação, desde o mais primitivo (que sugeri ser um grau normal de identificação projetiva) até as mais sofisticadas formas de comunicação verbal e as artes.

Nesse estado mental, a emoção é odiada; é sentida como sendo forte demais para ser contida pela psique imatura, e como ligando objetos e dando realidade a objetos que são não-*self* e, portanto, *hostis* ao narcisismo primário.

O objeto interno, que em sua origem era o seio externo que se recusava a introjetar, acolher e, assim, modificar a força nociva da emoção, é sentido, paradoxalmente, como intensificando – relativamente à força do ego – as emoções contra as quais ele inicia os ataques. Esses ataques à função de ligação da emoção levam a uma proeminência excessiva, na parte psicótica da personalidade, de elos de ligação que parecem ser lógicos, quase matemáticos, mas nunca emocionalmente razoáveis. Conseqüentemente, os elos de ligação que sobrevivem são perversos, cruéis e estéreis.

O objeto externo que é internalizado, sua natureza e efeito, uma vez internamente estabelecido, sobre os métodos de comunicação no interior da psique e com o ambiente, ficam para maior elaboração posterior.

Referências bibliográficas

- Bion, W.R. (1954) "Notes on the theory of schizophrenia", *International Journal of Psycho-Analysis*, 35, 113-18; também in *Second Thoughts*, Londres: Hinemann (1967); brochura Maresfield Reprints, Londres: H. Karnac Books (1984). [Ed. brasileira: "Notas sobre a teoria da esquizofrenia" in *Estudos Psicanalíticos Revisados*, Rio de Janeiro: Imago, 1988.]
- (1956) "Development of schizophrenic thought", *International Journal of Psycho-Analysis*, 37, 344-6; também in *Second Thoughts*. [Ed. brasileira: "Desenvolvimento do pensamento esquizofrênico" in *Estudos Psicanalíticos Revisados*.]

- (1957) "The differentiation of the psychotic from the non-psychotic personalities", *International Journal of Psycho-Analysis*, 266-75; também in *Second Thoughts* e aqui reproduzido nas pp. 469-86 ("Diferenciação entre a personalidade psicótica e a personalidade não-psicótica")
- (1957) "On arrogance", *International Journal of Psycho-Analysis*, 39: 144-6; também in *Second Thoughts*. [Ed. brasileira: "Sobre arrogância" in *Estudos Psicanalíticos Revisados*.]
- Klein, M. (1928) "Early stages of the Oedipus conflict" in *The Writings of Melanie Klein*, vol. 1, Londres, Hogarth Press (1975).
- (1934) "A contribution to the psycho-genesis of manic-depressive states", 13º Congresso Psicanalítico Internacional, 1934.
- (1946) "Notes on some schizoid mechanisms" in M. Klein, P. Heimann, S. Isaacs e J. Rivière *Developments in Psycho-Analysis*, Londres: Hogarth Press (1952) 292-320; também in *The Writings of Melanie Klein*, vol. 3, 1-24. [Ed. brasileira. "Notas sobre alguns mecanismos esquizóides" in *Obras Completas de Melanie Klein*, vol. 3, Rio de Janeiro: Imago, a ser publicado.]
- (1948) "A contribution to the theory of anxiety and guilt", *International Journal of Psycho-Analysis*, 29, 114. [Ed. brasileira: "Uma contribuição para a teoria da ansiedade e da culpa" in *Obras Completas de Melanie Klein*, vol. 3, Rio de Janeiro: Imago, a ser publicado.]
- (1957) *Envy and Gratitude*, Cap. II, in *The Writings of Melanie Klein*, vol. 3, Londres: Hogarth Press (1975), 176-235. [Ed. brasileira: *Inveja e Gratidão* in *Obras Completas de Melanie Klein*, vol. 3, Rio de Janeiro: Imago, a ser publicado.]
- Rosenfeld, H. (1952) "Notes on the psychoanalysis of the superego conflict of an acute schizophrenic patient", *International Journal of Psycho-Analysis*, 33, 111-31 e reproduzido aqui nas pp. 23-59 ("Notas sobre a psicanálise do conflito com o superego num paciente esquizofrênico em fase aguda")
- Segal, H. (1950) "Some aspects of the analysis of a schizophrenic", *International Journal of Psycho-Analysis*, 31, 269-78; também in *The Work of Hanna Segal*, Nova York: Jason Aronson (1981) e em brochura, Londres: Free Association Books (1986) e in *Melanie Klein Today: volume 2*, Londres: Routledge (1988). [Ed. brasileira: "Alguns aspectos da análise de um esquizofrênico" in *Melanie Klein Hoje: volume 2*, Rio de Janeiro: Imago, 1990.]
- (1956) "Depression in the schizophrenic", *International Journal of Psycho-Analysis*, 37: 339-43; também in *The Work of Hanna Segal* e reproduzido aqui nas pp. 60-68 ("Depressão no esquizofrênico")
- (1957) "Notes on symbol formation", *International Journal of Psycho-Analysis*, 38: 391-7; também in *The Work of Hanna Segal* e reproduzido aqui nas pp. 167-184 ("Notas sobre a formação de símbolos")