



José Antonio Martins Nogueira dos Reis

Luto e Acting out: histórias de vida e de morte

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) do Departamento de Psicologia do Centro de Teologia e Ciências Humanas da PUC-Rio.

Orientador: Prof. Carlos Augusto Peixoto Junior

**Rio de Janeiro
Março de 2019**



José Antonio Martins Nogueira dos Reis

Luto e Acting out: histórias de vida e de morte

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora.

Prof. Carlos Augusto Peixoto Junior
Orientador
Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Profa. Cidiane Vaz Gonçalves
Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Profa. Claudia Amorim Garcia
PUC-Rio

Rio de Janeiro, 18 de março de 2019.

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, do autor e do orientador.

José Antonio Martins Nogueira dos Reis

Graduou-se em Psicologia na Universidade Gama Filho em 2009. Concluiu, em 2013, sua pós-graduação na modalidade Residência Clínico-Institucional no Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Atualmente é funcionário público, onde atua como Psicólogo.

Ficha Catalográfica

Reis, José Antonio Martins Nogueira dos

Luto e Acting out : histórias de vida e de morte / José Antonio Martins Nogueira dos Reis ; orientador: Carlos Augusto Peixoto Junior. – 2019.

100 f. ; 30 cm

Dissertação (mestrado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2019.

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Luto. 3. Acting out. 4. Perda. 5. Incorporação. 6. Introjeção. I. Peixoto Junior, Carlos Augusto. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

Agradecimentos

Ao meu orientador Prof. Dr. Carlos Augusto Peixoto Júnior por sua orientação cuidadosa que suportou minhas ideias, as vezes loucas, e com muita delicadeza me mostrou o melhor caminho.

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

À minha querida mãe, que sempre me incentiva e fica muito orgulhosa de minhas conquistas.

À Cidiane Vaz Gonçalves por todo o estímulo, incentivo e ajuda prestados desde os momentos mais iniciais.

Aos meus colegas de mestrado que sempre se reuniam para um papo no final das aulas para aliviar um pouco a angústia de todos com as nossas dissertações.

À Anna Quental, que iluminou o caminho de muitos nesta vida, inclusive o meu. Agora ela vive em nossas memórias.

Aos meus pacientes, por tudo que pude aprender com eles, não apenas profissionalmente. Pelas dúvidas, questionamentos e reflexões que me suscitaram, promovendo a minha própria busca pelo sentido.

Ao Rafael, Douglas e Fernando, por me acompanharem na árdua tarefa de existir.

Aos que já se foram.

Resumo

Reis, José Antonio Martins Nogueira dos; Peixoto Júnior, Carlos Augusto (Orientador). **Luto e Acting out: histórias de vida e de morte**. Rio de Janeiro, 2019. 100p. Dissertação de Mestrado – Departamento Psicologia do Centro de Teologia e Ciências Humanas da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Desde que o conceito de luto foi tomado como objeto de estudo pela psicanálise, há uma tendência a pensá-lo somente enquanto capacidade de vivenciar e superar as perdas por que se passa durante a vida. No entanto, ampliações teóricas nos permitem conceber também o seu importante papel no processo de desenvolvimento desde os primeiros momentos da vida de um indivíduo. Partindo do conceito de luto fundamental e de sua vivência na primeira infância, promovemos uma reflexão psicanalítica sobre as perdas e o processo de luto, abordando ainda sua inter-relação com a possibilidade de elaborar os lutos por perdas na vida adulta. A partir de Freud e sua metáfora da sombra em Luto e Melancolia, propomos um entendimento de como o objeto perdido pode tanto sufocar o ego com sua sombra ou enriquecê-lo com sua luz. Para isso, retomamos os conceitos de introjeção e incorporação, diferenciando-os, e mostramos que, enquanto os processos introjetivos estão ligados à elaboração satisfatória do luto, a incorporação estaria mais ligada a processos menos saudáveis. Por fim, discute-se a questão do *acting out* no caso de pacientes graves que podem fazer uma escolha inconsciente por compartilhar do mesmo destino do objeto perdido diante da impossibilidade de elaboração de uma perda. Tal escolha pode se traduzir no engajamento em comportamentos compulsivos, situações de risco e/ou autodestrutivas, além de formas diretas e indiretas de suicídio. Neste sentido, são apresentados fragmentos de casos clínicos – as histórias de vida e de morte – para ilustrar algumas dessas situações.

Palavras-chave

Luto; *acting out*; perda; morte; introjeção; incorporação.

Abstract

Reis, José Antonio Martins Nogueira dos; Peixoto Júnior, Carlos Augusto (Advisor). **Luto e Acting out: histórias de vida e de morte**. Rio de Janeiro, 2019. 100p. MSc. Dissertation – Departamento Psicologia do Centro de Teologia e Ciências Humanas da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Since the concept of mourning has been taken as the object of study by psychoanalysis, there is a tendency to think as only as a capacity to experience and overcome the losses that occur during life. However, theoretical extensions allow us to also conceive of its important role in the development process from the earliest moments of an individual's life. Starting from the concept of fundamental mourning and its experience in early childhood, we promote a psychoanalytic reflection on the losses and the process of mourning, also addressing its interrelationship with the possibility of elaborating the mourning for losses in adult life. From Freud and his metaphor of the shadow in Mourning and Melancholy, we propose an understanding of how the lost object can either suffocate the ego with its shadow or enrich it with its light. In order to do so, we return to the concepts of introjection and incorporation, differentiating them, and we show that while the introjective processes are linked to the satisfactory elaboration of mourning, the incorporation would be more related to less healthy processes. Finally, the issue of acting out is discussed in the case of severe patients who may make an unconscious choice by sharing the same fate of the lost object in the face of the impossibility of drawing a loss. Such choice can be translated into engaging in compulsive behaviors, risky and or self-destructive situations, as well as direct and indirect forms of suicide. In this sense, fragments of clinical cases – the life and death stories – are presented to illustrate some of these situations.

Keywords

Mourning; acting out; loss; death; introjection; incorporation.

Sumário

1.	Introdução.....	8
2.	Primórdios da vida.....	12
2.1.	A posição depressiva e o luto fundamental.....	14
2.2.	Breves considerações a respeito dos processos simbólicos	22
2.3.	Identificação projetiva e individuação.....	26
2.4.	Posição esquizoparanoide – posição depressiva: a passagem.....	33
3.	Luto.....	40
3.1.	Da incorporação à introjeção	48
3.2.	Perda do outro/perda de si.....	59
4.	<i>Acting out</i> e técnica psicanalítica.....	66
4.1.	Transferência/contratransferência.....	67
4.2.	<i>Acting out</i> e enactment.....	76
5.	Considerações finais	90
6.	Referências bibliográficas.....	96

Introdução

O luto é um tema que não obtém grande atenção dos pesquisadores em psicanálise. Uma causa possível para isso, talvez, possa estar no que Freud nos alertava ao dizer que manifestávamos uma inconfundível tendência a pôr a morte de lado, a eliminá-la da vida, reduzi-la ao silêncio.

A escolha do tema de pesquisa se deu a partir da prática clínica de atendimento a pacientes em serviços públicos de saúde. Durante esses atendimentos, nos deparamos frequentemente com a experiência do luto em suas mais diversas formas. Chamavam-nos a atenção especialmente aqueles casos que se estendiam por longos períodos de tempo, o que parecia caracterizar uma impossibilidade de elaboração. No decorrer do atendimento a estes pacientes, tornava-se notório como o luto fundamental não superado (Klein, 1940; Racamier, 1988) – relativo à separação primária com a mãe e base para todas as demais separações com as quais o ser humano se depara ao longo de sua existência – trazia um sofrimento de tal monta que acabava por impor uma série de limitações à vida emocional de cada um.

Tais sujeitos se viam as voltas com entraves que incluíam muitas vezes um comprometimento do pensamento simbólico, o qual se apresentava mais concreto, indicando uma redução na capacidade de elaborar e dar sentido ao que se era vivenciado, tanto na sua vida pessoal quanto na própria situação terapêutica. Aparentemente vivendo em um mundo de coisas em si mesmas, as experiências pareciam ser sentidas como obra do destino desprovidas de qualquer significado e, assim, impossíveis de serem pensadas e usadas psiquicamente. Somado a isso, notávamos ainda que uma tendência marcante à atuação (*acting out*) também trazia problemas graves à vida desses pacientes, além de

colocar em questão o uso da técnica psicanalítica padrão. Dessa forma, alguns desafios se impunham ao próprio processo psicoterapêutico, na medida em que o terapeuta se via confrontado com esses frequentes *acting outs* e *enactments* (Cassorla, 2013) no manejo da transferência. Em algumas situações, a própria equipe multidisciplinar do serviço de saúde se via enredada na trama de atuações do paciente.

Ao falarmos de separações, referimo-nos não apenas àquelas relacionadas a perdas e à morte concreta, mas a todo o tipo de separações que são inerentes às relações que se estabelecem durante a vida. Para algumas pessoas, tais separações serão experienciadas com intenso sofrimento psíquico e podem ser vivenciadas como a própria morte. Conforme Freud (1917) assinalou, diante da ausência do objeto, o ego se vê no dilema de compartilhar ou não do mesmo destino dele, porém acaba persuadido pelo desejo de continuar vivo. Todavia, verificamos que no caso desses pacientes graves o que acontece, muitas vezes, é uma (des)istência (desistir da existência), ou seja, uma escolha inconsciente por compartilhar do mesmo destino do objeto. Assim, veem na própria morte uma saída diante de situações de perda e abandono, que são vivenciadas com intenso sofrimento psíquico e experimentadas como intoleráveis e sem qualquer sentido.

Com o objetivo de discutir estes temas, promovemos ao longo do presente trabalho uma revisão crítica da literatura psicanalítica que pudesse favorecer uma melhor compreensão dos problemas apresentados, elucidando com maior clareza as questões levantadas. Utilizamos, para isso, o referencial psicanalítico da chamada escola britânica, predominantemente, em interlocução com as principais teses de Freud sobre o assunto.

No primeiro capítulo, partimos dos pressupostos de Melanie Klein acerca do desenvolvimento infantil primitivo, bem como de sua releitura a partir de Thomas Ogden, especialmente no que diz respeito à conceituação das posições esquizoparanoide e depressiva. Realizamos uma breve retrospectiva dos primórdios do desenvolvimento – e da vida – a datar da concepção até a morte, enfatizando como o processo de individuação e diferenciação eu/outro se faz presente desde os momentos

mais arcaicos do amadurecimento emocional. Além disso, analisamos como a identificação projetiva se mostra como um conceito importante e central em todo esse processo. Partindo das afirmações de Klein, de que o trabalho da posição depressiva é o trabalho de luto e que esta posição é estruturante para o psiquismo, analisamos as falhas precoces no âmbito desta experiência, assim como seus possíveis efeitos na vida adulta. Tais falhas foram abordadas considerando fatores internos bem como ambientais, levando em conta além dos trabalhos de Melanie Klein, os de D. W. Winnicott e Wilfred Bion.

No segundo capítulo, tratamos especificamente da temática do luto. Tendo como ponto de partida as ideias kleinianas a respeito do luto fundamental, como base para todos os outros lutos que a pessoa enfrentará durante a vida, analisamos as diversas maneiras pelas quais esse processo pode se dar. As separações e, em última análise, a morte, enquanto destino inevitável, colocam uma exigência de trabalho psíquico para o sujeito. Consideramos que há importantes contribuições em “*Luto e melancolia*” de Freud que nos ajudam a pensar sobre o assunto. Neste artigo, Freud utiliza uma metáfora para referir-se a como o objeto perdido, em alguns casos, pode voltar-se contra o ego, quando afirma que a sombra do objeto recai sobre o ego. Utilizamos essa metáfora da sombra para propor um entendimento de como o objeto perdido pode tanto sufocar o ego com sua sombra como enriquecê-lo com sua luz. Para isso, foi preciso retomar e diferenciar os conceitos de introjeção e incorporação, tendo como referência uma linha de pensamento ferencziana. Neste sentido, exploramos os estudos de Nicolas Abraham e Maria Torok a respeito do tema para propor que, enquanto os processos introjetivos estão ligados à elaboração satisfatória do luto e ao enriquecimento do ego, a incorporação remete fundamentalmente a processos emocionalmente menos saudáveis. Neste último caso, segundo os autores, ocorre que o objeto se instala concretamente dentro do ego reduzindo sua capacidade de elaboração das perdas.

No terceiro capítulo, abordamos o tema da atuação (*acting out*) no caso de pacientes graves, tanto em situações da história pessoal quanto na clínica. Tais pacientes podem fazer uma escolha inconsciente por

compartilhar do mesmo destino do objeto perdido, a morte, diante da impossibilidade de elaboração de uma perda. Observamos que tal escolha pode se traduzir no engajamento em comportamentos compulsivos, em situações de risco e/ou autodestrutivas, no uso de substâncias químicas anestésicas para aplacar o sofrimento, além de formas diretas e indiretas de suicídio. Discutimos brevemente a gravidade de tais condutas para o indivíduo em si, além de como isso se apresenta na clínica psicanalítica. Examinamos o conceito de *enactment* para discutir como o terapeuta, ou mesmo a equipe profissional, pode se ver enredado na trama de atuações do paciente e atuar junto com ele. Para isto, foram utilizados prioritariamente os referenciais de autores como Betty Joseph, Léon Grinberg e Roosevelt Cassorla.

Por fim, apresentamos alguns relatos, que perpassaram todo o trabalho na forma de fragmentos de casos clínicos – as histórias de vida e de morte – para ilustrar algumas das situações teóricas abordadas no decorrer da dissertação. Enfatizando o grande sofrimento que as perdas, em especial as traumáticas, trazem ao sujeito, procuramos mostrar a relação entre a possibilidade de elaboração do luto por estas perdas e a vivência do luto fundamental.

2

Primórdios da vida

Do ponto de vista kleiniano e da teoria das relações objetais, desde o nascimento já existe um ego primitivo, rudimentar, porém capaz de sentir ansiedade e mobilizar mecanismos de defesa para lidar com ela. Esse ego arcaico alterna estados de integração e desintegração: falta-lhe coesão, havendo uma tendência à integração que se alterna com outra no sentido do despedaçamento (Klein, 1946). De acordo com Klein, o bebê passa por duas posições fundamentais durante o seu desenvolvimento: a esquizoparanoide e a depressiva, onde predominam determinados tipos de ansiedades e defesas específicas. A ideia de posição se diferencia da noção de estágios, pois há ênfase no relacionamento dinâmico entre as duas, além da noção de que uma não é superada pela outra. Cada uma dessas posições implica uma configuração específica de relações de objeto, ansiedades e defesas que perduram por toda a vida (Segal, 1981).

Já próximo do fim de sua vida, Freud (1940) se interessou pelo fenômeno da cisão do ego e do objeto nos processos de defesa. Em seu artigo sobre o tema cita situações em que o ego se depara com o impasse de se ver as voltas com poderosas exigências instituais, diante das quais a satisfação resultaria em um enorme perigo real, quase intolerável. Menciona ainda que além das opções de renunciar à satisfação ou rejeitar a realidade e ceder à satisfação, o ego poderia não tomar nenhum desses cursos de forma isolada, mas sim ambos, simultaneamente. Cria-se então uma situação onde o ego responde ao conflito por duas reações contrárias: por um lado rejeita a realidade e, por outro, a reconhece. Então, uma posição paradoxal, em que a realidade é aceita e negada ao mesmo tempo, coexistiria na mente.

Melanie Klein retomou a ideia de um processo de cisão que ocorre no ego e o desenvolveu ao longo de toda a sua obra. Seu trabalho com pacientes com graves distúrbios psíquicos a levou a verificar forças de desintegração que atuam no ego arcaico e a luta travada por ele para desenvolver sua integração. Para ela, essa oposição de processos integrativos/desintegrativos configura uma expressão da batalha entre

pulsões de vida e pulsões de morte, sendo a situação ansiogênica fundamental neste caso: a do temor de ser destruído desde dentro – efeito da ação da pulsão de morte. Para Klein e seus seguidores, essa é a angústia fundamental no esquizofrênico, constituindo a base da experiência de uma mente em fragmentos. Entretanto, o bebê possui habitualmente diversos meios para fazer frente a essa angústia – modos de defesa primitivos – como a própria cisão, a projeção, a introjeção e a identificação projetiva, que terá um lugar de destaque no desenvolvimento psíquico.

Em sua teoria, Klein deu particular importância às relações de objeto e aos mecanismos de defesa mobilizados para lidar com as ansiedades despertadas em cada momento do desenvolvimento. O bebê, devido a seu limitado desenvolvimento emocional, bem como o de suas capacidades neurofisiológicas, tem percepções parciais do mundo a seu redor, relacionando-se com ele de forma cindida. Assim, o seio (objeto parcial) é a parte da mãe com que o bebê primeiro entra em contato, estabelecendo uma relação de objeto igualmente parcial com ele. Utilizando-se do mecanismo de cisão, esse seio será dividido: é sentido pela criança como “bom” e fonte de toda bondade quando nutre e sacia, sendo então profundamente idealizado, o que desperta nela o desejo de mantê-lo dentro de si; será “mau” quando frustra e faz esperar, atacando-a inconscientemente devido ao ódio mobilizado. Paradoxalmente, é necessária a conquista de uma cisão adequada para a posterior obtenção de uma integração dos objetos e do *self* em objetos totais. Segundo Ogden (1985):

A razão disso é que apenas quando o indivíduo atinge uma relativa liberdade da ansiedade de que a experiência amorosa foi ou está prestes a ser contaminada pela experiência odiosa, e vice-versa, que o mesmo pode ousar estreitar a relação entre esses diferentes aspectos da experiência. (versão digital)

No primeiro ano de vida, o bebê passa por uma fase em que o sadismo está no auge. Sendo o seio o primeiro objeto parcial que compõe o seu universo, ele irá dirigir seus impulsos sádicos não somente a ele, mas também a seu interior, tendo desejos de devorar seu conteúdo e

esvaziá-lo. Através dos mecanismos de projeção e introjeção, o bebê projetará sua agressividade e irá introjetar, além de sua própria agressividade projetada, objetos bons e maus, sendo o seio da mãe o protótipo para ambos. Entretanto, não apenas isso é projetado, mas também partes do próprio ego, através do mecanismo de identificação projetiva, com a finalidade de introduzi-las à força no objeto, a fim de apoderar-se dele e controlá-lo desde dentro (controle onipotente). Retornaremos ao tema da identificação projetiva e seus desdobramentos posteriormente.

Tal momento do desenvolvimento da criança, incluindo toda esta complexa constelação de fantasias, relações objetais, ansiedades e mecanismos de defesa, foi chamado por Klein (1946) de posição esquizoparanoide.

2.1.

A posição depressiva e o luto fundamental

Klein (1940) assinala que, a partir dos quatro meses de vida, o bebê já se encontra em condições físicas e emocionais de ter uma percepção mais integrada da mãe (objeto total), até então percebida de forma fragmentada (objetos parciais). O desenvolvimento do aparelho perceptual da visão tem papel importante nessa modificação, pois o bebê se torna capaz de perceber as pessoas como um todo, diferentemente de momentos anteriores, onde a visão, ainda limitada, fazia com que enxergasse apenas partes dos objetos (seio, rosto etc.). Porém, essa experiência não é apenas perceptual, mas fundamentalmente emocional.

Cabe ressaltar que não iremos aqui nos ocupar com a cronologia exata desses acontecimentos por entendermos que a sequência e a correlação entre essas fases do desenvolvimento são de importância superior à identificação da data precisa em que elas supostamente ocorreriam. Ogden (1985) acredita que se constitui desvalorização à teoria de Melanie Klein às críticas a respeito da suposta cronologia implausível dos acontecimentos que ela descreve. Ao invés disso,

segundo ele, deveria se considerar o valor de seus conceitos enquanto proposta de reavaliação dos níveis da organização psicológica primitiva.

Outro momento importante do desenvolvimento se dá na ocasião do desmame, fazendo com que a criança sinta que foi responsável pela perda do seio, em função de seus ataques inconscientes aos objetos maus. De acordo com Steiner (1993): “[...] quando um bebê enfrenta as rejeições, desapontamentos ou separações da mãe, ele crê que a perdeu e, por causa da onipotência de seus pensamentos, tem a fantasia de que foram seus impulsos assassinos que a mataram” (p.80).

A síntese entre os aspectos amados e odiados do objeto completo dá origem a sentimentos de luto e culpa que implicam progressos vitais para a vida emocional do bebê (Klein, 1946). Quando esses objetos parciais são agrupados em um objeto total, várias são as ansiedades despertadas em função dessa nova configuração. Entre elas, as relacionadas aos ataques fantasiosos destrutivos com relação ao objeto e às consequências desses ataques, ou seja, ao estrago causado ao objeto e ao estado em que ele se encontra; o medo de possíveis retaliações provenientes desses objetos atacados; e o medo de que as partes boas, que são apreciadas, tenham sido contaminadas pelas más, temendo-se perdê-las. Tais ansiedades fazem com que sejam mobilizados mecanismos de defesa para lidar com a nova situação. Remorso e preocupação tomam a criança, assim como a intensificação de impulsos amorosos no anseio de reparar esse objeto que ela sente como danificado. Há uma confluência entre amor e ódio em direção a uma mesma pessoa (mãe), que agora é percebida como possuindo tanto aspectos bons quanto maus.

Observamos aí a base da ambivalência, pois nesse momento se dá o reconhecimento de que o mesmo seio que nutre e alivia a tensão (seio bom) é também aquele que frustra e faz esperar (seio mau), acarretando o sentimento da possibilidade da perda do objeto concebido como ideal e perfeito (mãe), com a constatação de suas limitações. Esse fato gera culpa pelo medo de ter danificado permanentemente, através dos próprios ataques hostis, o objeto bom, fonte de cuidados e amor e que não se deseja perder. Entretanto, não apenas a perda da mãe ideal é temida,

mas também a da real. Por volta desse momento atinge-se a capacidade de reconhecimento dos objetos totais como separados de si, o que implica na percepção por parte do bebê de que ele não é tudo para sua mãe. Dessa forma, fatores diversos que podem levar a mãe a demonstrar desinteresse afetivo por esse bebê podem ser sentidos como uma ameaça de ser abandonado e confirmação do potencial destrutivo de suas fantasias. Por outro lado, quando os cuidados e o amor maternos se mantêm, apesar dos ataques hostis inconscientes do bebê, seu ódio vai sendo mitigado através do amor (Klein, 1940). Esta conquista só pode ser alcançada por meio da confiança contínua que o bebê vai construindo em seus objetos bons e da possibilidade de eles permanecerem inteiros, apesar de sua hostilidade. De acordo com Winnicott (1955), com o passar do tempo o indivíduo vai sendo capaz de constituir memórias de experiências sentidas como boas. Através de processos introjetivos, a experiência da mãe sustentando a situação passa a ser parte integrante do ego, sendo assimilada dentro dele. Dessa maneira, a mãe real passa a ser menos importante, visto que o indivíduo adquire um ambiente interno.

Winnicott (1971) afirma que para que esse processo ocorra é imprescindível a existência de uma mãe suficientemente boa. Essa mãe será aquela que efetuará uma adaptação ativa às necessidades do bebê, de acordo com o momento. Sendo assim, ela começa com uma adaptação quase completa às necessidades dele e, na medida em que passa o tempo, se adapta cada vez menos. Essa redução da adaptação se dá de modo gradativo de acordo com a crescente capacidade da criança para tolerar estados de frustração. Através dessa adaptação quase completa do início, a mãe dará a oportunidade ao bebê de ter a ilusão de que o seio faz parte dele. Para o autor britânico, em última instância, a tarefa da mãe será a de promover a desilusão gradativa do bebê. O infante será beneficiado por essas experiências de frustração, já que a adaptação completa e exata a todas as necessidades se assemelharia à magia e não seria melhor que uma alucinação (Winnicott, 1971). Assim, a adaptação incompleta às necessidades torna os objetos mais reais, com aspectos odiados e amados. Se tudo correr mais ou

menos bem em todo esse processo, estarão prontas as condições para o bebê vivenciar aquilo que foi descrito como o desmame.

Conforme dito anteriormente, há, desde o início, uma tendência à integração e, desde o seu nascimento, a criança experienciará períodos mais ou menos integrados. Todavia, nesse momento em que os processos integradores se tornam mais contínuos, se dá uma nova experiência denominada por Klein (1935) de posição depressiva. Winnicott (1955) assinala que o tema da posição depressiva diz respeito a uma área da psicologia clínica que se situa a meio caminho entre as neuroses e as psicoses. Menciona ainda que a pessoa cuja capacidade para relacionar-se com outras foi alcançada, ultrapassou e foi além da posição depressiva. Em contrapartida, aquele que prioritariamente está às voltas com impasses a respeito da integração da personalidade e do relacionamento com o ambiente ainda não alcançou esta posição. Segundo ele, a técnica materna permite que o amor e o ódio coexistentes no bebê se distingam um do outro, posteriormente vindo a se inter-relacionar e a se tornar controláveis a partir de dentro.

O objeto bom encontra-se agora modificado, mais realístico e também mais “suspeito”, devido à ambivalência de sentimentos proporcionada pela posição depressiva. Trata-se de uma nova relação com a mãe, antes percebida como inteiramente boa ou má, e que passa agora a ser uma figura mista, vista também como frustrante e, portanto, motivo de hostilidade. Essa nova relação com a mãe é a parte central da posição depressiva, sendo fonte de penosas fantasias sobre o que possa ter acontecido com ela. Tais fantasias levam o bebê a um intenso sentimento de responsabilidade e pesar, tendo que lutar contra o fato de odiar a mãe que frustra, percebida como sendo a mesma pessoa a quem se ama por alimentá-lo e amá-lo e que não se deseja perder. Na posição depressiva a ambivalência de sentimentos é a principal fonte das ansiedades, sendo a principal delas a de que seus próprios impulsos agressivos tenham destruído o objeto amado do qual se sente totalmente dependente (Segal, 1973).

Além disso, com a integração dos objetos e a alteração na percepção deles, há também uma mudança fundamental no ego, pois

assim como a mãe passa a ser vista como um objeto total, o ego da criança também se torna total e, portanto, menos dividido. De acordo com Segal (1973), “a integração do ego e do objeto ocorre simultaneamente” (p.80).

Para lidar com essas ansiedades, pode ser despertado na criança o desejo por reparar esses objetos, que será um dos principais métodos para superar a ansiedade depressiva, além de ser fonte da sublimação e da criatividade. A reparação surge da preocupação real com o objeto amado “bom” e seu destino, visando uma espécie de conserto do mundo interno mediante reparação do externo (Segal, 1973).

Em determinado momento de sua teoria, Klein (1935) passou a dar maior importância ao objeto bom. Diferentemente de Freud, que focava os conflitos pelo controle da libido e dos impulsos agressivos, ela via a base das lutas a partir do ímpeto de proteger e reparar o objeto bom (Hinshelwood, 1991). O sentimento de possuir uma figura interna boa, amada e de confiança, sentida como residindo lá, estabelecerá uma identificação primária básica em torno da qual toda uma identidade se forma, criando o núcleo do ego e do mundo interno do bebê. Situações de insatisfação, seja por deficiências no processo de maternagem ou por questões internas e constitucionais do bebê, irão ameaçar a fantasia desse objeto bom interno que nutre e dá apoio desde dentro. Tal ameaça é sentida como um temor de destruição de todo o seu mundo interno (Segal, 1973).

Klein considera fundamental, nessa etapa do desenvolvimento, o papel do luto, que será entendido como a capacidade da criança para renunciar ao objeto sentido como perdido e assimilá-lo no ego através do processo de perda e restauração interna. Dessa forma, afirma que o trabalho básico da posição depressiva é o trabalho do luto, colocando-o como protótipo de todos os outros que a pessoa irá enfrentar ao longo da vida. Tal processo é condição fundamental para a elaboração satisfatória da posição depressiva, além de fornecer as bases primordiais para a formação simbólica. De forma semelhante, Racamier (1988) pontua que se constitui como uma das tarefas básicas do ser humano o que ele chamou de luto fundamental. Em seu entendimento, esse luto não diz

respeito apenas àqueles ligados a perdas, separações etc., mas sim ao trabalho de desilusão, separação e individuação que cabe à criança desde os primórdios e que não cessa jamais. Para ele, esse luto fundamental é marcado pela separação psicológica da mãe na primeira infância. Constitui-se como base pela qual o ser humano irá lidar com as inumeráveis perdas e lutos propriamente ditos durante toda a sua vida.

Cabe lembrar que a posição depressiva nunca é completamente elaborada, de forma que sempre estarão conosco as ansiedades derivadas da ambivalência de sentimentos, que é própria da condição humana, da culpa e das situações de perda que reavivam experiências depressivas. Na vida adulta, os objetos externos bons sempre simbolizam e contém aspectos do objeto primário, interno e externo, de forma que as perdas vivenciadas na vida posterior reavivam a ansiedade de perder o objeto interno bom, primário, que foi estabelecido em fases mais arcaicas do desenvolvimento. Se a criança foi capaz de estabelecer um objeto interno bom seguro na posição depressiva, situações de ansiedade depressiva na vida adulta provavelmente não desencadearão doença, mas sim uma elaboração construtiva, levando a um maior enriquecimento e criatividade do ego (Segal, 1973).

A riqueza com que Klein descreve a atividade fantasmática primitiva levou um grande número de analistas à incredulidade quanto a suas alegações, bem como a críticas de que ela considerava unicamente os processos sob o ângulo dos estados internos, desconsiderando os externos (Hinshelwood, 1991). Ogden (1985) considera que Klein não ignorava completamente o papel da mãe e via o potencial para o entendimento de uma dimensão interpessoal no seu conceito de identificação projetiva. Afirma que este comporta implicitamente uma dimensão ambiental, apesar de ela não ter reconhecido totalmente as implicações do conceito, segundo ele. Além disso, pontua que, caso a mãe não possa conter essas identificações projetivas vindas do bebê, este estará sujeito a uma experiência autista e psicótica. Entretanto, esses aspectos ligados ao relacionamento interpessoal entre mãe e bebê têm um papel secundário ao da fantasia no pensamento kleiniano (Ogden, 1985). Embora reconheçamos que o interesse de Klein estava

predominantemente voltado para a compreensão dos processos internos e fantasias inconscientes, não acreditamos que tal fato desqualifique sua teoria ou reduza a importância de suas contribuições para um entendimento possível a respeito da vida emocional.

Winnicott (1945) acredita que a tendência à integração se manifesta e pode ser ajudada por dois conjuntos de experiências: a técnica de maternagem, incluindo aspectos relativos a como essa mãe mantém o bebê aquecido, o chama pelo nome, lhe segura, dá banho etc., mas também por experiências instintivas do bebê que tendem a aglutinar a personalidade a partir de dentro. Segundo ele, muitas crianças se encontram bem longe do caminho da integração já durante as primeiras horas de vida. Ferenczi (1929) apontou para o fato de que crianças acolhidas com rudeza e sem carinho frequentemente morrem facilmente ou utilizam algum dos vários meios orgânicos para desaparecerem rapidamente. Afirmou ainda que caso sobrevivam e escapem desse destino, parecem manter uma certa aversão à vida. De acordo com o autor, a força vital que resiste às dificuldades da vida ainda não é muito forte no nascimento. Dessa forma, ela só poderia tornar-se mais forte através da imunização progressiva contra os ataques físicos e psíquicos, que se dá pela forma de tratamento e educação conduzidas com tato.

Entendemos que os aspectos internos, constitucionais e inatos, se articulam aos externos, relativos à maternagem e disponibilidade da mãe enquanto objeto real, sem que um deva ser privilegiado em detrimento do outro. Winnicott (1960) afirmou que “não existe tal coisa como um bebê” para se referir a ideia de que o bebê não pode existir sozinho: ele é parte de uma relação. Ogden (1985) considera que uma entidade psicológica é criada pela mãe e pelo bebê, que não é efeito simplesmente do resultado da soma das partes. Para ele, a situação se aproxima mais da ideia de uma interação entre duas partes se afetando mutuamente, reagindo uma com a outra para gerar essa nova entidade, um composto.

Sendo assim, bebê e maternagem são indissociáveis, pois ele não pode ser pensado sem a presença dela. Entendemos que da mesma forma que não há algo como um bebê, não há algo como uma mãe. Isso significa dizer que os possíveis fracassos devem ser sempre

considerados como fracasso da dupla. Ao invés de um fracasso ambiental, devido a uma falha da maternagem, ou a um fracasso “pulsional”, devido a uma questão constitucional do bebê, a falha passaria a ser pensada a partir da relação do par mãe/bebê, já que ambos são indissociáveis.

O impacto negativo para o desenvolvimento psíquico de uma disposição constitucional desfavorável poderia ser minimizado em função de uma mãe suficientemente boa, que acolhe e contém a agressividade do bebê, mitigando seu ódio através do amor. Em contrapartida, podemos supor que a constituição mais favorável possível não seria suficiente para dar conta de uma mãe ausente, indisponível afetivamente ou incapaz de atender as necessidades básicas do bebê e de prover uma maternagem adequada, o que resultaria em prejuízos para ele. O interjogo da constituição psíquica do bebê com a experiência real irá determinar quais fantasias são mais atraentes para ele em determinado momento (Ogden, 1985). Segundo o psicanalista americano, a compreensão acerca do desenvolvimento psicológico não é simplesmente um estudo do crescimento da psique desde as fases mais primitivas até a maturidade, mas, principalmente, a investigação do desenvolvimento da unidade mãe/bebê até a formação de duas pessoas, uma mãe e um bebê.

Nosso entendimento é de que a inter-relação desta miríade de complexos fatores resulte em diferentes níveis de integração e, conseqüentemente, se aproxime ou se distancie da saúde em níveis distintos. Similarmente ao que afirma Fairbairn (1940), devemos reconhecer que o desenvolvimento psíquico resulte em graus diferentes de integração do ego.

Ronald Fairbairn, que foi fortemente influenciado por Melanie Klein, chamava a atenção para os aspectos estruturais da cisão e da fragmentação do ego. Klein, por outro lado, focava seu trabalho nas ansiedades a respeito do destino do objeto, em como ele é danificado, cindido etc. O autor concordava com a ideia kleiniana de que o estágio inicial do ego resultaria em um objeto introjetado, porém pensava neste como objeto mau, ao contrário de Klein. Dessa forma, as abordagens de ambos a respeito dos fenômenos de cisão e fragmentação do *self* diferiam

radicalmente. Fairbairn (1940) defendia a ideia de que um certo nível de dissociação do ego está inevitavelmente presente em todos os indivíduos, o que o levou a afirmação de que a posição básica da psique seria o que chamou de posição esquizoide.

Considerando que o ego possui funções adaptativas e integradoras, dentre elas a de discriminação da realidade interna/externa, o grau de sua dissociação terá impacto proporcional no desenvolvimento dessas funções. Assim, segundo Fairbairn, pode-se conceber uma escala teórica de integração. Uma das extremidades dessa escala representaria a integração completa enquanto a outra o fracasso completo da integração, com todos os graus intermediários. Assim, em uma extremidade estaria a esquizofrenia, enquanto que na outra – aquela que representaria a integração perfeita – deveria ser considerada apenas como uma possibilidade ideal.

Os primórdios da vida estabelecerão as bases futuras do psiquismo. A posição depressiva, bem como sua elaboração, será um momento de suma importância para o amadurecimento emocional do indivíduo. É a partir dela que se estabelecerá o luto fundamental, protótipo de todos os outros lutos pelos quais se passará ao longo de toda a vida. Em conjunto, uma série de fatores influenciará, positiva ou negativamente, esse desenvolvimento: fatores internos relativos ao bebê e também ambientais, relativos a mãe, aos cuidados e à qualidade das relações que são estabelecidas entre ambos. Sendo assim, a forma como são vivenciados esses primeiros momentos da vida terá impacto direto na própria capacidade de separar-se de seus objetos e efetuar uma das tarefas mais básicas, que é a individuação.

2.2.

Breves considerações a respeito dos processos simbólicos

De forma geral, podemos definir a simbolização como a operação pela qual uma coisa vai representar qualquer outra para alguém (Gibeault, 2002). Se ela for capaz de funcionar deste modo, como substituição de um objeto por outro, ela é, sobretudo, o resultado de um processo que

pressupõe a capacidade de representar um objeto ausente, bem como da capacidade que um sujeito tem de saber que o símbolo não é o objeto simbolizado. Assim, ela favorece também a organização do próprio espaço interno (psíquico) ao designar uma mediação entre sujeito e objeto, entre a realidade psíquica e o exterior.

A simbolização consiste, portanto, numa relação entre três termos: a coisa em si, o símbolo que a representa e uma pessoa para quem ele faz sentido. Em outros termos, seria uma relação entre o ego, o objeto e o símbolo, como nos mostra Segal (1981). Segundo a autora, em última análise, a simbolização consiste em uma atividade do ego na tentativa de lidar com ansiedades mobilizadas por sua relação com os objetos, gerada principalmente pelo medo dos objetos maus e da perda dos bons. Sob esse prisma, ela denota, em última análise, um mecanismo que permite lutar contra a ansiedade depressiva ligada à perda do objeto.

A teoria psicanalítica tal como concebida por Freud sempre valorizou a importância da fala. E as palavras, enquanto símbolos verbais, ganharam lugar de destaque a partir da técnica da associação livre. Melanie Klein suplementou o apoio nas palavras na medida em que dava importância ao brincar infantil. Observou que a ação do brincar das crianças era também altamente simbólica. Este fato não foi apropriadamente elaborado nas teorias de Freud, já que ele entendia a ação física como uma descarga direta de energia pulsional. Klein (1926) considerava o brincar como equivalente aos sonhos, pois através deles as crianças representariam simbolicamente suas fantasias, desejos e experiências. Segundo ela, na ação de brincar as crianças estariam empregando o mesmo modo de expressão arcaico com o qual estamos familiarizados nos sonhos. Para Freud, os sonhos deviam ser vistos como uma alternativa simbólica às palavras para descarga de energia mental, já que tanto as palavras quanto os sonhos evitam o recurso à ação muscular. Mesmo assim, Klein demonstrou que o brincar era tão simbólico quanto as palavras, mesmo envolvendo ação muscular.

Na parte mais inicial de seu trabalho, Klein mapeou as vicissitudes da formação simbólica e investigou possíveis causas para sua deficiência. Demonstrou que, desde as fases mais arcaicas, o bebê, a fim de aliviar-se

da angústia sentida devido a conflitos com seus objetos primários (seio, corpo da mãe), começa uma busca por novos relacionamentos com objetos substitutos (símbolos) que possam estar livres destes impasses. Porém, os conflitos tendem a afetar esses novos objetos também, promovendo então uma nova busca, e assim por diante. Klein nesse momento descreveu um processo de substituição semelhante ao deslocamento, que Freud pensava em termos de simbolização onírica. Essa substituição de um objeto por outro, em termos kleinianos, torna-se formação simbólica quando um objeto não material de satisfação substitui um objeto físico de satisfação somática direta. Assim sendo, Klein estava demonstrando que os símbolos enquanto substitutos, constituem uma estratégia defensiva e que a análise do processo de simbolização é uma análise dos processos de defesa. Essa visão da simbolização como uma manobra defensiva em si mesma, afetou significativamente a técnica psicanalítica kleiniana, inclusive sua compreensão da transferência. Na situação analítica, a própria verbalização pode então ser vista como uma forma defensiva de atuar (*act out*). Esse tema será abordado no próximo capítulo.

Seguindo a tradição kleiniana, Segal (1950) distinguiu dois fenômenos relacionados aos processos de simbolização. Chamou de representação simbólica a situação em que um símbolo verdadeiro é colocado no lugar em que o original esteve. A principal característica neste caso é que o símbolo é reconhecido como dotado de suas próprias características, separadamente do objeto que simboliza. Em segundo lugar, chamou de equação simbólica o processo que envolve uma forma irrealística de projeção em um objeto. Aqui o símbolo se torna o objeto original, levando a uma fusão entre partes do ego e do objeto causada pela identificação projetiva patológica, que atrai os mesmos conflitos e inibições do objeto original.

Isto posto, na equação simbólica os substitutos para os objetos originais não são diferentes destes, sendo sentidos e tratados como se fossem idênticos a eles. Esta indiferenciação entre o símbolo e a coisa simbolizada produz uma perturbação na relação entre o ego e os objetos. Partes do próprio ego, assim como dos objetos internos, são projetadas

no exterior e identificadas com ele: a diferenciação entre o que é do ego e do objeto se torna pouco clara. Assim, já que parte do ego é confundida com o objeto, o símbolo, que é uma criação e função do ego, torna-se igualmente confundido com o objeto que é simbolizado.

Na medida em que o desenvolvimento psíquico ocorre em direção a posição depressiva, irão diminuir as identificações onipotentes. Com o progressivo reconhecimento de objetos totais, eles poderão vir a ser experimentados nos termos de suas próprias qualidades, bem como serão reconhecidos como representantes de outros objetos com propriedades e atributos completamente diferentes. Esse deslocamento das equações simbólicas para as representações simbólicas, segundo Segal (1981), dá-se com o advento da posição depressiva e a conscientização crescente da diferença entre os mundos interno e externo. É um processo através do qual torna-se possível abandonar os objetos externos e, portanto, fazer o luto deles. Sabendo que o luto se constitui como trabalho fundamental da posição depressiva e tendo este papel essencial no processo de separação entre aquilo que pertence ao ego e ao objeto, perturbações nessa distinção irão se refletir diretamente na formação simbólica. Tal configuração levaria a problemas na diferenciação entre símbolo e objeto simbolizado e, por isto, a um tipo de pensamento mais concreto.

Por conseguinte, podemos supor que a capacidade de simbolizar encontra-se intimamente ligada à posição depressiva e sua travessia mais ou menos satisfatória. É por meio do processo de luto com relação aos objetos sentidos como perdidos e danificados que será possível reconstruí-los internamente, transformando-os em símbolos. Dificuldades em entrar e estabilizar-se na posição depressiva conseqüentemente trarão comprometimentos futuros para o desenvolvimento da possibilidade de simbolização e da capacidade de dar sentido às experiências vivenciadas.

A progressiva evolução em direção à posição depressiva e além dela envolverá a diminuição das identificações projetivas massivas e o crescente grau de diferenciação entre ego e objetos, em um gradativo processo de individuação. Tal desenvolvimento será proporcionado e

facilitado por uma série de fatores: internos, relativos ao bebê, mas também ambientais, que envolvem a qualidade dos cuidados (em geral prestados pela mãe), sua disponibilidade afetiva, entre outros, conforme veremos a seguir.

2.3.

Identificação projetiva e individuação

A identificação projetiva foi inicialmente concebida por Klein (1946) como um processo predominantemente intrapsíquico, utilizado como uma defesa contra a ansiedade proveniente da pulsão de morte. Klein a definiu como o protótipo do relacionamento objetal agressivo em que ataques ao seio são feitos na forma de fantasias de expelir com ódio excrementos para dentro da mãe. Esses excrementos, juntamente com partes más do ego, são escindidos, projetados agressivamente e usados não apenas para danificar, mas também para controlar e tomar posse do objeto a partir de dentro. Este processo projetivo será essencial para que o bebê possa vir a desenvolver boas relações de objeto e integrar seu ego. Porém, caso seja empregado de forma massiva, poderá provocar efeitos negativos, como: (1) propiciar estados patológicos de indiferenciação eu/outro; (2) levar a uma situação em que partes boas da personalidade são sentidas como perdidas, resultando no enfraquecimento e empobrecimento do ego e da vida emocional e psíquica.

Posteriormente o conceito de identificação projetiva será ampliado por outros autores para abarcar também diferentes aspectos saudáveis e não verbais do processo de comunicação. Bion (1962), por exemplo, o considera como a primeira forma de comunicação do bebê, uma forma primitiva e não verbal. Postula que o processo de comunicação se faz originariamente através do que chamou de identificação projetiva realista. Entretanto, essa forma realista da identificação projetiva estará presente em todas as relações humanas, mesmo na vida adulta. Inclusive, será uma das bases para o sentimento de empatia.

Ogden (1982) também define a identificação projetiva como um processo psicológico que é ao mesmo tempo um tipo de defesa, uma

forma de comunicação, um tipo primitivo de relação de objeto e um caminho para uma mudança psíquica. Enquanto defesa, a identificação projetiva serve para criar um senso de distanciamento daquilo que não é tolerado, ou seja, aspectos rejeitados e amedrontadores do *self*; como forma de comunicação é o processo pelo qual sentimentos congruentes são induzidos em outra pessoa, criando-se assim um senso de ser entendido pelo outro; enquanto tipo de relação objetal, constitui uma forma de relacionar-se com um objeto sentido como parcialmente separado. Finalmente, enquanto caminho para a mudança psíquica, a identificação projetiva é um processo pelo qual sentimentos com os quais uma pessoa está lutando, são psicologicamente processados por outra pessoa e disponibilizados ao emissor para introjeção de uma forma modificada, mais tolerável.

Dentre os poucos artigos em que Klein aborda diretamente o tema da identificação projetiva está “*Sobre a identificação*” (1955). Nele, a autora discute o conto de Julian Green a respeito de um rapaz que recebe uma fórmula mágica do diabo que lhe permite tomar posse do corpo de quem ele escolhesse. A descrição dessa experiência por Klein captura a sensação do que é habitar o corpo de outra pessoa, controlá-la e ainda assim não perder totalmente sua própria essência (Ogden, 1982), embora alguma perda inevitável vá ocorrendo conforme o processo continua. O conto, que aborda o conceito de identificação projetiva a partir de uma perspectiva patológica, trata da sensação de ser um visitante no corpo de outra pessoa. Contudo, essa experiência de “visitação” ao mesmo tempo promove uma modificação no próprio emissor da identificação projetiva, na medida em que a “estadia” no corpo de outrem o fará ter contato com aspectos dessa pessoa: suas vivências emocionais, forma de pensar e ver o mundo. Assim, mesmo após as identificações projetivas terem sido desfeitas, o sujeito torna-se eternamente modificado por essa experiência.

Por outro lado, conforme assinalamos acima, Bion (1962) menciona que, em seu aspecto realístico, a identificação projetiva manifesta-se como uma conduta que visa despertar na mãe sentimentos pelos quais o bebê deseja livrar-se. Por exemplo: o bebê sente que está morrendo e desperta na mãe a sensação de morte. Através de um processo

projetivo/introjetivo, a mãe poderá aceitar esses sentimentos amedrontadores e transformá-los, devolvendo à criança uma versão modificada deles, mais tolerável. Caso consiga realizar esse papel, contribuirá para que os temores do bebê passem a ser mais manejáveis por ele. Se, ao contrário, não for capaz de suportar as projeções e desempenhar essa função transformadora satisfatoriamente, o bebê não terá alternativa senão recorrer ao uso cada vez mais contínuo e intenso da identificação projetiva. Bion (1962) chamou de função alfa o conjunto desconhecido de funções mentais que transforma impressões sensoriais brutas relacionadas a uma experiência emocional (elementos beta) em dados assimiláveis (elementos alfa):

Pareceu-me conveniente supor que exista uma função alfa que converte os dados sensoriais em elementos alfa, fornecendo assim à psique material para pensamentos oníricos, e propiciando, portanto, a capacidade de acordar ou de dormir, de estar consciente ou inconsciente. Segundo essa teoria, a consciência depende da função alfa. [...] o malogro no estabelecimento de uma relação mãe/bebê em que seja possível a identificação projetiva normal impedirá, entretanto, o desenvolvimento de uma função alfa e, conseqüentemente, a diferenciação entre elementos conscientes e inconscientes (Bion, 1962, p. 133).

Assim, a forma com que a mãe irá tratar as projeções desses dados sensórios brutos fará toda a diferença. Se ela for capaz de receber esses dados brutos, transformando-os e devolvendo-os à criança como elementos de sonho e de pensamento, estará exercendo a função alfa. Esta função, então, representa o processo pelo qual é possível gerar conteúdos mentais que possuem significado e podem ser utilizados para pensar a partir desses dados sensórios brutos. Os produtos resultantes da função alfa são os elementos alfa: eles são aquilo que, dentre outras funções, fornecem à psique material para os pensamentos do sonho.

Quando a função alfa não se processa ou fracassa, os dados sensórios brutos permanecem sendo elementos beta não assimilados. Estes elementos seriam como impressões sensoriais ou dados emocionais brutos e são muito concretos. São tratados como “coisas sujas” interiores que precisariam ser expulsas. Não podem ser ligados

entre si e, assim, não podem ser usados para pensar, sonhar ou armazenar na memória (Ogden, 2005). Os elementos beta não são experimentados como fenômenos, mas como coisas em si mesmas. Com o fracasso da função alfa irá ocorrer uma pressão e acumulação destes elementos que pressionam para serem pensados e, a mente, ao invés de desenvolver-se na direção de um aparelho para pensar pensamentos, desenvolve-se como um aparato para livrar a psique de acumulações de objetos internos maus (Bion, 1962). O malogro no estabelecimento de uma relação mãe/bebê satisfatória, em que seja possível a identificação projetiva normal, impedirá o desenvolvimento de uma função alfa e, conseqüentemente, a diferenciação entre elementos conscientes e inconscientes.

A própria capacidade da mãe em estar receptiva a essas identificações projetivas da criança, acolhendo-as e dando significado a elas, é fator central para que a função alfa seja bem sucedida. A essa capacidade Bion (1962) deu o nome de *rêverie*, que diz respeito a um estado de espírito da mãe, semelhante ao sonho, que é receptivo a qualquer objeto mental vindo do bebê, o qual é submetido ao seu próprio funcionamento mental e devolvido de uma forma que o bebê possa utilizar. Em última instância, a função alfa precisará ser internalizada pela criança, condição que promoveria o desenvolvimento de um aparelho para pensar pensamentos. A função alfa está em relação e é conjunta com a passagem da posição esquizoparanoide para a depressiva (Segal, 1981).

Acompanhemos um pequeno fragmento da história de Rita e Letícia, que ilustra os aspectos teóricos discutidos anteriormente:

Rita, 45 anos, atendida em conjunto com sua filha adolescente em equipe multidisciplinar. A chamaremos aqui de Letícia. Esta, por sua vez, apresentava diagnóstico psiquiátrico de transtorno de personalidade *borderline*, com comportamento impulsivo e práticas automutilatórias. No decorrer dos atendimentos, Rita vai expressando a sua reconhecida falta de habilidade para lidar com sua filha desde o seu nascimento. Conta que Letícia sempre foi uma criança sábia, que dizia coisas sobre a vida dela e sugeria sobre o que deveria fazer, inclusive opinando sobre quais homens deveria se relacionar. Tal atitude deixava Rita tomada de medo e pavor. Porém, como uma profecia, sempre acatava e seguia as recomendações de

Letícia. Anteriormente ao desenvolvimento da fala, frequentemente não sabia como reconhecer as necessidades da filha, demonstrando ficar muito angustiada com seus choros: era impossível para ela identificar se aquele bebê estava sentindo fome, sede ou alguma dor. Convocava então a própria mãe (avó de Letícia) para resolver a situação. Conta, com estranheza, que a primeira palavra da filha não foi chamando “mamãe” e nem “papai”, mas sim um pedido imperativo por água.

Fica patente a extrema dificuldade de Rita para entrar em contato e se comunicar com sua filha nesses primeiros momentos de sua vida, onde a comunicação deveria se dar em um nível mais afetivo, já que não há ainda o desenvolvimento da linguagem verbal. Incapaz de estar em *rêverie* e submeter ao seu próprio funcionamento mental os elementos beta recebidos, ficava totalmente aterrorizada a cada expressão de choro ou desconforto do bebê. Dessa forma, não era capaz de identificar quais eram suas necessidades – fisiológicas e afetivas – a cada momento. A função alfa se mostrava ineficiente e falha. Tal situação fica ainda mais evidente quando verificamos que as primeiras palavras pronunciadas pelo bebê foram justamente um pedido por água, algo básico e necessário para sua sobrevivência.

De forma geral, desde esses momentos primeiros a vida caminha em direção à diferenciação. No momento biológico da concepção tudo se resume a apenas uma célula, que irá se dividir, diferenciar-se e transformar-se nos mais diversos órgãos e tecidos que formarão nosso corpo. Conforme assinalou Fairbairn (1940):

A dependência exibe sua forma mais extrema no estado intrauterino, e podemos deduzir legitimamente que, do ponto de vista psicológico, esse estado se caracteriza por um grau absoluto de identificação e ausência de diferenciação (p.37).

Este processo de diferenciação irá continuar após o nascimento. Em um primeiro momento, somos totalmente dependentes: não sobreviveríamos sem os cuidados do ambiente (mãe) e não há uma percepção de separação eu/outro. O bebê não se vê separado, mas sim fundido à mãe (Winnicott, 1971). É possível verificar um protótipo dessas

ideias mesmo em textos freudianos, já que em 1930 ele afirma que “no início o ego abarca tudo, depois separa de si um mundo externo” (p.19).

Evolui-se em direção a essa progressiva diferenciação, para uma dependência relativa, conforme o desenvolvimento se processa de forma mais ou menos satisfatória; em seguida, caminha-se rumo à independência, que nunca é absoluta. No fim de tudo, completa-se o ciclo e retornamos ao início: o estado primevo de indiferenciação. Tudo o que é vivo também é para o fim. Popularmente há o ditado que diz que a única certeza que temos na vida é a morte. Sabemos que, enquanto seres vivos, não escaparemos deste destino último. Não apenas nós enquanto humanos. Nada escapará desse retorno ao estado primevo de indiferenciação, o seu fim: o universo, o nosso sistema solar, as estrelas e o nosso próprio planeta, todos eles têm sua data de validade mais ou menos estabelecidas. Assim, todas essas coisas conhecidas pelo homem obedecem a esse princípio universal, que é o da morte. A morte, enquanto destino implacável e inevitável de todo o ser, é um golpe narcísico que dificilmente é assimilado pelas pessoas e pela civilização no geral. A esse respeito, Freud (1915) assinalou que, no inconsciente, desconhecemos a própria morte:

Manifestávamos a inconfundível tendência de pôr a morte de lado, de eliminá-la da vida. Procurávamos reduzi-la ao silêncio; temos um provérbio que diz: 'pensar em algo como na morte'. Como na sua própria morte, naturalmente. Pois a própria morte é também inconcebível, e, por mais que tentemos imaginá-la, notaremos que continuamos a existir como observadores. De modo que na escola psicanalítica pudemos arriscar a afirmação de que no fundo ninguém acredita na própria morte; ou, o que vem a significar o mesmo, que no inconsciente cada um de nós está convencido de sua própria imortalidade (p.230).

A morte é o fim de toda a experiência. Para aquele que morre, nada mais existe. O morto não sofre, não sente dor, fome e não precisa de coisa alguma. Porém, aparentemente isso é desconsiderado por aqueles que ficam, os vivos. Fazemos rituais, conversamos com os nossos mortos e imaginamos o que desejariam e o que fariam caso ainda estivessem aqui. E assim deve ser. É verdade que da perspectiva do morto em si, nada mais é preciso. Contudo, aqueles que se foram permanecem vivos

enquanto existência por meio das lembranças, traços e marcas que deixaram no mundo dos vivos. Dessa forma, os rituais, fantasias, conversas internas, bem como todas as nossas atitudes diante da morte tem a sua importância na medida em que ajudam os vivos em sua elaboração psíquica das perdas e da angústia. A morte enquanto realidade imperativa também impõe a nós, os vivos, a necessidade de realizar trabalho psíquico para se adequar à nova realidade proporcionada pela ausência do objeto. Precisamos aprender a estar em harmonia com os nossos mortos se desejamos uma vida igualmente harmoniosa.

Em resumo, concluímos que o desenvolvimento psíquico e a vida passam necessariamente pelo progressivo desligamento e diferenciação entre si/outro, entre aquilo que pertence ao ego e ao objeto. Todavia, a diferenciação ou independência total nunca são atingidas, pois o ego se torna eternamente modificado pelos objetos, pelas relações que estabelece com eles e pelo resultado das intensidades de identificações projetivas, entre uma série de fatores. Melanie Klein (1940), apesar de defender fortemente a importância do fator constitucional no desenvolvimento psíquico, já apontava na direção de que dependemos emocionalmente de nossos objetos amorosos e de que a integração plena jamais é alcançada. Em 1963, ao se referir ao sentimento de solidão, reconhece que, na vida adulta, sempre resta algo da relação primitiva com a mãe, que pressupunha uma comunicação pré-verbal entre o inconsciente das duas. Diz que por mais gratificante que seja compartilhar sentimentos e pensamentos com aqueles que temos afinidade, sempre resta um anseio insatisfeito por uma compreensão que se dava sem palavras. Essa compreensão remete a relação arcaica com a mãe e seria a base do sentimento de solidão interno.

2.4.

Posição esquizoparanoide – posição depressiva: a passagem

Podemos considerar que o pensamento de Klein a respeito do amadurecimento emocional progride de uma impessoalidade psicológica para um momento subjetivo. Na posição esquizoparanoide temos um momento em que o *self* existe predominantemente como objeto: pensamentos e sentimentos acontecem com o bebê ao invés de serem sentidos ou pensados por ele (Ogden, 1985). A passagem da posição esquizoparanoide para a depressiva só pode se dar com a maturação biológica do bebê e com o desenvolvimento dos seus aparatos perceptivos, principalmente da visão (Klein, 1940; Segal, 1973, 1981). Tal maturação é mediada por processos psicológicos/interpessoais relacionados à identificação projetiva (Ogden, 1985). A posição depressiva constitui uma organização mental mais complexa, onde um novo estado de experiência é criado.

Ogden (1985) propõe que a posição esquizoparanoide possa ser vista a partir da ideia de que ela represente um fenômeno de falha, resultante do rompimento prematuro da conexão primitiva mãe/bebê. Segundo ele, se passarmos a ver a posição esquizoparanoide a partir desse viés, o estado de medo inerente a esta posição não precisa tanto ser entendido como resposta ao instinto de morte, mas sim como uma resposta à interrupção do vínculo interpessoal mãe/bebê.

Para Klein (1952) a primeira tarefa psicológica do bebê é o manejo do perigo vivenciado como ameaça de destruição interna, proveniente da pulsão de morte. O modo mais básico de manejo desse perigo se dá através da tentativa de separação entre ameaçador e ameaçado. Ogden (1985) considera que a tentativa de obter segurança por meio desta separação é um modo herdado de resposta ao perigo, um fenômeno biológico com repercussões psicológicas. Para ele, a clivagem atua como uma espécie de manejo do perigo biologicamente determinado. No curso do desenvolvimento esse manejo seria elaborado no campo psicológico. Cada uma das defesas psicológicas primitivas do bebê pode ser entendida como tendo base na clivagem, ou seja, construída com base no

esforço biologicamente determinado de alcançar segurança mediante a separação entre ameaçador e ameaçado. Assim, a projeção pode ser entendida como um esforço, ao nível da fantasia, para deslocar um perigo interno para fora do indivíduo; da mesma forma, a introjeção é utilizada para separar um objeto externo valorizado de um ameaçador, colocando-o dentro de si (Ogden, 1985).

Durante esses momentos iniciais do desenvolvimento psíquico, a saber, mais ligados à posição esquizoparanoide, essas atividades defensivas são entendidas mais no sentido de reações e não como respostas. Para Klein (1952), a primeira tarefa psicológica do bebê será defender-se do perigo interno, que em sua teoria é derivado da pulsão de morte. Ela concebia esse perigo vivenciado pelo bebê como uma ameaça de destrutividade que precisará ser manejada de alguma forma. De acordo com Ogden (1985), o modo mais básico de manejo do perigo se dá pela separação entre o ameaçador e o ameaçado (cisão). Essa forma de obter segurança separando o ameaçado do ameaçador seria um modo de resposta herdada ao perigo, um fenômeno biológico com manifestações psicológicas.

Ogden (1985) faz uma analogia entre a clivagem e a resposta não-aprendida de um pintinho frente a percepção de um perigo. A reação do pintinho, segundo ele, é a de fugir, não de atacar (a menos quando encurralado). Ou seja, separa-se do perigo. O autor americano entende a clivagem como um modo similar de manejo do perigo, biologicamente determinado. Durante o curso do desenvolvimento, esse modo de manejo biologicamente determinado será elaborado psicologicamente. Continua sua argumentação dizendo que os mecanismos de defesa no geral como a projeção ou a introjeção podem ser entendidos como construções baseadas no esforço biologicamente determinado de gerar segurança através da separação entre ameaçador e ameaçado. Assim, a projeção seria uma tentativa, a nível de fantasia, de remover um perigo interno colocando-o no exterior. Já a introjeção, uma tentativa de separar um objeto externo valorizado de um ameaçador, colocando-o dentro de si.

Consequentemente, há uma automaticidade psicológica proveniente dessa automaticidade biológica. As experiências psicológicas existirão

nelas mesmas, não em relação a um *self*. Apesar de Klein não se referir especificamente à questão da subjetividade, segundo Ogden (1985), parece implícito em sua teoria que nesse momento do desenvolvimento ainda não há um intérprete mediador entre a percepção do perigo e as respostas. Os pensamentos e sentimentos serão vivenciados como forças palpáveis que podem aparecer, desaparecer, destruir, contaminar etc. Para o paciente adulto que funciona predominantemente na posição esquizoparanoide será da mesma forma. Isso terá grandes reverberações no modo de existência individual, bem como na clínica. Este tema será aprofundado no próximo capítulo.

No início o bebê é inundado por dados sensoriais brutos que ainda não adquiriram sentido, os elementos beta (Bion, 1962). Esses elementos são simplesmente coisas em si mesmas, desprovidas de sentido. Ogden (1985) cita como exemplo o baixo nível de glicose que é passível de ser registrado fisiologicamente no bebê, mas que ainda não se constitui propriamente como experiência de fome. Tal acontecimento envolveria a atribuição de sentido a um dado sensorial. Bion (1962) acredita que essa criação de sentido é um processo interpessoal, mediado pelo mecanismo de identificação projetiva.

Conforme vimos anteriormente, o bebê, por meio da identificação projetiva, irá projetar elementos beta no receptor. Esses elementos nada mais são que dados sensoriais ainda desprovidos de sentido. O receptor dessas projeções irá recebê-los, transformar essas “coisas em si mesmas” e devolver a ele em forma de experiência com significado. O bebê então irá reinternalizar esses dados transformados agora como elementos alfa. Porém, em última instância, o bebê terá que internalizar o processo como um todo, de forma que possa vir a gerar seus próprios pensamentos e sentimentos. Em uma situação ideal, o receptor irá manejar adequadamente os sentimentos resultantes do processo de identificação projetiva e tornar acessível ao projetor uma versão modificada, mais integrada, desses conteúdos.

Ogden (1985) propôs que a equação simbólica é o modo predominante de simbolização da posição esquizoparanoide. Símbolo e simbolizado são emocionalmente indistinguíveis, pois ainda não há um

self interpretante para intermediar essa relação, dada a natureza dessa posição. Símbolo e simbolizado são emocionalmente intercambiáveis, resultando num imediatismo da experiência. Os eventos são o que são. É somente na posição depressiva, momento em que o desenvolvimento emocional do bebê atingiu determinada maturidade, é que a distinção entre símbolo e simbolizado se torna possível. Com isso, passa a existir um “eu” intérprete desses símbolos (Ogden, 1985).

Dessa forma, é característico da experiência na posição esquizoparanoide que cada evento exista em si mesmo, pelo fato de ainda não existir um sujeito intérprete dessas experiências, com uma história pessoal consciente e inconsciente. O mecanismo de clivagem presente de forma particularmente intensa nessa fase será fundamental no sentido de criar limites, ou seja, para compor um processo criador de ordem. A experiência será separada em categorias como bom/mau, prazer/desprazer, amor/ódio e assim por diante (Ogden, 1985). Além disso, o bebê não divide apenas os objetos, mas também a sua percepção de si mesmo, com os mesmos objetivos. Segundo Klein (1946), o objeto nunca é clivado sem uma clivagem correspondente no ego. Conquistar uma clivagem adequada será fundamental, e um requisito necessário para a posterior integração dos objetos parciais e das partes do ego em objetos e *self* totais.

A experiência bem-sucedida de alimentar-se gera o sentimento de um *self* satisfeito em relação a um objeto amoroso. Em contrapartida, uma alimentação frustrante gera o oposto: um *self* odioso em relação a um objeto não satisfatório (Ogden, 1985). O bebê fará uso de poderosos mecanismos de defesa como a projeção, introjeção, onipotência e a própria identificação projetiva para reorganizar seu mundo interno em uma tentativa de separar os aspectos ameaçados do *self* e do objeto de seus aspectos ameaçadores. Se, por exemplo, um objeto odioso é sentido como ameaçador e impondo perigo a um aspecto amoroso do *self*, o bebê pode expulsá-los em fantasia, colocando-os em um objeto externo. Tal manobra tem por objetivo criar alguma distância entre o objeto perigoso e o *self*. Há sempre um aspecto interpessoal no processo de identificação projetiva (Ogden, 1985). Em resumo, o mecanismo de clivagem nesse

momento irá propiciar ao bebê a experiência de se alimentar, amar, odiar e desejar em segurança, sem desenvolver uma ansiedade esmagadora de que está destruindo ou pode ser destruído pelo objeto.

Logo, na posição esquizoparanoide ocorre uma reescrita contínua da história, em prol da manutenção do distanciamento entre os aspectos amorosos e odiosos do *self*, bem como dos objetos. Será essencial nessa fase que apenas um plano emocional exista de cada vez. Do contrário, as relações objetais poderiam se tornar contaminadas e demasiadamente complexas para a mente primitiva (Ogden, 1985). Na situação analítica, para o paciente que funciona de uma forma predominantemente esquizoparanoide, o terapeuta amado e o odiado são vivenciados como pessoas diferentes. Quando se sente frustrado é como se a história fosse instantaneamente reescrita: ele descobriu que o terapeuta não é confiável e que deveria ter percebido antes. Há um ataque à história emocional do relacionamento objetal. O presente é projetado tanto para frente, no futuro, quanto para trás, no passado. Como resultado, cria-se um presente estático, eterno e não reflexivo (Ogden, 1985).

A partir das ideias de Klein, bem como de sua elaboração posterior por Bion, temos a identificação projetiva como um dos principais processos interpessoais pelo qual o bebê irá caminhar em direção à posição depressiva (Bion, 1962; Ogden 1985). Somam-se a ela a predominância de experiências boas, bem como a própria maturação neuropsicofisiológica. O mundo objetal na posição esquizoparanoide é composto predominantemente por objetos parciais. Conforme movem-se em direção a posição depressiva, os processos integrativos vão tornando-se mais estáveis e caminham-se rumo à integração. Elementos e condições se acumulam e culminam em um novo estado de ser. A posição depressiva constitui um domínio da experiência completamente diferente daquele que é característico da esquizoparanoide. Ingressar na posição depressiva envolve um avanço psicológico monumental (Ogden, 1985).

Nesse processo de evolução, partindo de relacionamentos com objetos parciais para relacionamentos com objetos inteiros, o bebê se torna potencialmente mais empático. Ogden (1985) acredita que é preciso

considerar a modificação na qualidade das experiências que ocorre na passagem da posição esquizoparanoide para a depressiva. Surge tanto uma capacidade aprimorada de diferenciar ego e objetos, como também desenvolvimentos na capacidade simbólica. Assim, ao passo que na posição esquizoparanoide, símbolo e simbolizado são emocionalmente intercambiáveis (equação simbólica), na posição depressiva surge um sentimento de consciência de si próprio. A partir disso, símbolo e simbolizado tornam-se distinguíveis. Esse “eu”, agora, é o intérprete desses símbolos para o sujeito, mediador entre o *self* e a experiência sensorial vivida. No momento em que o bebê se torna capaz de ter uma experiência de si mesmo como intérprete das próprias percepções, ele nasce enquanto sujeito (Ogden, 1985). Muda-se assim o imediatismo da experiência e a concretude de pensamentos característicos da posição esquizoparanoide. Na posição depressiva os eventos deixam de ser coisas em si mesmas e passam a ser o que se faz deles ou com eles, isto é, não tem mais um significado intrínseco. Seu significado será então construído pela interpretação do sujeito.

A própria concepção de morte será modificada. Na posição esquizoparanoide, o medo predominante não é o da morte, mas sim o da aniquilação. O objeto de agressão do sujeito é tido como impessoal e desprovido de sentimentos, não há ainda uma história imutável criada intersubjetivamente. Coisas não morrem, elas são danificadas ou destruídas. Da mesma forma, o sujeito, ao invés de morrer, desaparece sem deixar rastros (Ogden, 1985). Em contrapartida, a morte na vida adulta, característica do funcionamento da posição depressiva, será tida como menos absoluta. Pois a pessoa passa a ter consciência de que pode continuar sua existência através daqueles com quem se relacionou e afetou durante a vida. A continuidade da existência é possível através da experiência compartilhada e pelos símbolos criados por ela. Klein afirma que o trabalho da posição depressiva é o trabalho do luto. Portanto, a passagem da posição esquizoparanoide para a depressiva, irá impor o tema do luto e suas vicissitudes. A forma como esse luto primordial será vivenciado e elaborado tornar-se-á essencial para analisarmos como os lutos na vida adulta serão enfrentados e os

possíveis destinos encontrados pelo indivíduo. Assim, é preciso uma análise pormenorizada sobre a problemática do luto.

3

Luto

Aqueles que passam por nós não vão sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.

Antoine de Saint-Exupéry

O luto é um tema que não obtém grande atenção dos pesquisadores em psicanálise. Uma causa possível para isso, talvez, possa estar no que Freud alertava ao dizer que manifestávamos uma inconfundível tendência a pôr a morte de lado, a eliminá-la da vida, reduzi-la ao silêncio. Isso faz com que o luto receba menos atenção que outros temas, não pela sua suposta falta de importância. Mas sim pelas questões internas que demanda daqueles que se dispõem a pesquisá-lo.

A partir de uma visão kleiniana, será o luto fundamental, aquele que se dá na posição depressiva, o modelo pelo qual todos os outros lutos durante a vida adulta serão vivenciados. Além disso, de acordo com Segal (1981) os processos simbólicos estarão intimamente ligados a essa posição. Pois, como já vimos anteriormente, o deslocamento das equações simbólicas para representações simbólicas se dá com o advento da posição depressiva e com a conscientização crescente sobre a diferença entre os mundos interno e externo. É um processo por meio do qual pode-se abandonar os objetos externos e, portanto, fazer o trabalho de luto deles.

Freud (1917), em seu "*Luto e melancolia*", analisa a problemática do luto e faz uma distinção entre os dois conceitos. Este é um dos trabalhos freudianos de maior importância em sua obra, principalmente pelo fato de ser tido como a origem da linha de pensamento que posteriormente viria desenvolver-se na chamada teoria das relações objetais (Fairbairn, 1952; Ogden, 2012).

A respeito do luto, Freud¹ assinala que se trata da reação à perda de uma pessoa amada ou de qualquer objeto no qual se tenha um profundo investimento: pátria, um ideal, entre outros. No entanto, em algumas pessoas, a melancolia tomará o lugar do luto, e ele sugere que haveria uma predisposição patológica para isso. Neste caso, menciona que pode ser verificado um profundo e doloroso desânimo, perda tanto do interesse pelo mundo exterior quanto da capacidade para o amor. Apesar disso, a característica mais marcante e que a distinguiria do luto seria o rebaixamento da autoestima, manifestando-se na forma de autorrecriminações e autoacusações. Freud conclui que, na melancolia, houve uma perda relativa ao objeto, porém, as declarações do indivíduo sugerem uma perda no próprio ego. Ogden (2012) assinala que o que Freud chama de melancolia pode ser entendido nos dias de hoje como sinônimo de depressão.

Freud² menciona que tanto luto quanto melancolia são respostas à perda e envolvem grave afastamento da atitude normal diante da vida. Entretanto, comenta que o luto jamais poderia ser entendido como condição patológica, sendo superado após certo período de tempo. Tampouco seria proveitosa qualquer interferência nesse processo, podendo ser até mesmo prejudicial. De acordo com Ogden (2012), Freud acreditava que o objetivo do luto e da melancolia é o mesmo: lidar com a perda de um objeto de investimento com que se tem profunda ligação.

Sobre o trabalho de luto, Freud (1917) assinala que “o exame da realidade mostrou que o objeto amado não mais existe, e então exige que toda a libido seja retirada de suas conexões com esse objeto” (p.173). Cada uma das lembranças ligadas ao objeto perdido é enfocada e superinvestida, sucedendo-se o desligamento da libido. Enquanto esse processo ocorre, a existência do objeto se prolonga na psique. Tal trabalho colocaria um conflito para o sujeito, pois, de acordo com Freud, o ser humano não gosta de abandonar uma posição libidinal, mesmo quando se apresenta um substituto. O conflito gerado por essa imposição do trabalho de luto, provocada pela ausência do objeto, poderia ser tão

¹ Op.cit.

² Id.

forte a ponto de até mesmo suscitar um afastamento da realidade e uma ligação ao objeto via alucinação. Porém, o autor afirma que o normal é que vença a realidade.

Podemos observar que Freud encarava o luto predominantemente em termos de investimento de libido, considerando que esse investimento é o que passaria pelo teste de realidade. Segundo Steiner (1993), é possível ampliar a conceituação de Freud, examinando o luto a partir da perspectiva do desligamento de partes do ego e do objeto. Para ele, o que deve ser enfrentado é o doloroso reconhecimento daquilo que pertence ao ego e ao objeto, através da aplicação da realidade a cada uma das recordações do objeto perdido.

A partir de uma perspectiva kleiniana, a elaboração da posição depressiva infantil e do luto fundamental terá importância decisiva na vida adulta. Klein (1940) entende o luto da pessoa adulta que perdeu alguém como a reativação desse processo que está sendo efetuado desde os primórdios da infância e durante toda a vida, tendo início na posição depressiva. Afirma que a criança passa por estados mentais similares ao luto do adulto e que o luto arcaico é revivido sempre que se sente algum pesar na vida posterior. Ao elaborar o estado de luto a pessoa:

não só joga para dentro de si [...] a pessoa que acaba de perder, como também reinstala objetos bons internalizados (em última análise, os pais amados), que se tornaram parte de seu mundo interno desde as etapas mais arcaicas de seu desenvolvimento (Klein, 1940, p.396).

Baranger (1968) assinala que, a partir de sua experiência clínica, foi possível verificar a hipótese de que há um luto mal elaborado na base de toda condição psicopatológica. Considera que nos estados melancólicos (depressivos) ocorre um processo de luto paralisado no tempo, que não é passível de ser completado. O sujeito fica preso a um objeto que não pode viver nem morrer por completo, uma espécie de morto-vivo. Afirma que, mesmo no luto sadio, é normal que possamos passar por uma fase em que é difícil crer na realidade da morte de uma pessoa amada. O ego sabe dessa realidade, porém custa a se convencer disso, podendo o

objeto aparecer vivo em sonhos, por exemplo. Já em certas situações patológicas de luto, este estado se prolongaria além do devido tempo e o morto continuaria a existir como uma pessoa separada, às vezes exercendo funções de vigilância ou salvação para o sujeito. Esses casos, segundo o autor, são aqueles em que a pessoa mantém sua casa ou os cômodos ligados ao morto exatamente da forma que estavam antes de sua morte, sem qualquer alteração. Assim, é como se acreditasse que o morto pode, a qualquer momento, retornar e ocupar o seu lugar novamente entre os vivos.

Segundo o autor, dentre as variações de como o morto-vivo se apresenta, uma das mais importantes seria aquela relativa ao objeto moribundo que está ligado aos estados depressivos patológicos. Aqui o sujeito também seria habitado por um objeto quase morto, que, por sua vez, torna-se exigente em relação ao sujeito. O resultado é que ele se vê escravizado. Esta situação inconsciente estaria na base das angústias depressivas, da culpa e das inibições e demais defesas encontradas nos estados depressivos.

De acordo com Baranger (1968), o objeto morto-vivo internalizado se apresenta rígido e impossível de ser assimilado. Questiona-se sobre o que produziria essa dificuldade de assimilação e a consequente transformação do processo de luto normal em um luto impossível. Apresenta algumas hipóteses sobre isso, como a intensidade dos processos esquizoparanoides que dificultam a elaboração da posição depressiva e a presença anterior de um tipo de relação simbiótica com o objeto. Sobre este último aspecto, assinala que Freud (1917) também parecia querer se referir a esse processo quando, em sua famosa afirmação, dizia que na melancolia “a sombra do objeto recai sobre o ego”. Esse tipo de relação simbiótica prévia acarretaria na dificuldade da diferenciação entre aquilo que pertence ao ego e ao objeto. Quando da morte do objeto externo, é como se as partes do próprio ego que se encontram imbricadas morressem, dificultando sua reintegração (Baranger, 1968). Consequentemente, há um empobrecimento do ego.

De forma semelhante, Ogden (1985) assinalou que é somente com o advento da posição depressiva que se torna possível experienciar o outro

como existente independentemente do próprio sujeito. Conseqüentemente, torna-se possível estar com essa pessoa e longe dela, de forma completamente diferente do que era possível em momentos mais primitivos. Na posição depressiva a pessoa não pode ser recriada magicamente. Sendo assim, somente nesse momento é que se poderá sentir falta e lamentar por uma pessoa que está longe ou desapareceu permanentemente. Segundo o autor, o sujeito não pode abandonar ou ser abandonado por outra pessoa se ele próprio não permitiu a esse outro estar vivo enquanto ser humano.

Em seu texto “A transitoriedade” (1916), Freud reflete sobre o processo de luto e demonstra perplexidade com a constatação de que a substituição do objeto perdido não é facilmente realizada, mesmo quando se apresenta um substituto. Em momento posterior (1929), em carta a Ludwig Binswanger, que acabava de perder um filho, demonstra uma posição bastante diferente e mais sensível sobre o tema ao reconhecer que mesmo após a realização do trabalho de luto bem-sucedido não há substituição possível, pois resta sempre algo do objeto que se foi:

Embora saibamos que depois de uma perda dessas o estado agudo de luto abrandará, sabemos também que continuaremos inconsoláveis e não encontraremos nunca um substituto. Não importa o que venha a preencher a lacuna, e, mesmo que esta seja totalmente preenchida, ainda assim alguma coisa permanecerá. E, na verdade, assim deve ser. É a única maneira de perpetuar aquele amor que não desejamos abandonar (Freud in Bowlby³, 2004, p.21).

Em 1917 Freud assinala que, diante da ausência do objeto, o ego se vê no dilema de partilhar ou não do mesmo destino dele. Porém, indica também que o ego acaba sendo persuadido pela satisfação de permanecer vivo, rompendo assim o vínculo com o objeto perdido. A natureza do trabalho do luto é impelir o ego a desistir do objeto e declará-lo morto, oferecendo estímulo para que continue a viver. Entrar nesse processo envolve a escolha inconsciente de continuar emocionalmente

³ Freud, 1929, apud BOWLBY, J, 2004.

vivo em um mundo arruinado pela ausência do objeto de amor (Ogden, 2012).

Partindo das observações de Steiner (1993), entendemos a travessia do luto da perspectiva de um doloroso processo de separação entre aquilo que pertence ao ego e ao objeto, que vai sendo realizado ao longo do tempo após a perda. O objeto foi perdido, não mais existe no mundo externo. A realidade se impõe de forma imperativa: o sujeito foi privado do objeto e a separação terá que se dar, quer o indivíduo queira, quer não. Resta a questão do *como*. Como será feita essa separação? Esta poderá ser mais ou menos dolorosa, levar um longo período de tempo, a vida toda em algumas situações, ou ser rápida. Poderá até mesmo não ser feita, caso o paciente lance mão exclusivamente de mecanismos mais arcaicos para lidar com a situação, como a incorporação, prolongando a vida do objeto na psique, às vezes até mesmo de forma alucinatória. Entretanto, independente da forma, a experiência de perda é algo que irá colocar ao indivíduo uma exigência de trabalho. Esse trabalho, bem como seu resultado poderá estar mais ou menos ligados à saúde dependendo das circunstâncias.

De acordo com Ogden (2012), em *Luto e melancolia*, Freud promove uma ampliação do conceito de ambivalência. Considera que anteriormente ele havia se pronunciado diversas vezes sobre a ambivalência em termos de conflito inconsciente entre amor e ódio dirigidos a mesma pessoa. Porém, afirma que Freud, nesse texto, coloca o tema em termos de uma batalha de vida e morte, entre o desejo de continuar a viver com os vivos e o de estar em sintonia com o morto. Assim, aquele que perdeu alguém vive o conflito entre estar vivo com a dor dessa perda e a realidade irreversível da morte, por um lado, e, por outro, o desejo de continuar a existir com o morto em um mundo objetal interno amortecido. A pessoa que consegue realizar a travessia do luto com êxito consegue se libertar desse embate entre vida e morte. Ao contrário, o melancólico se vê congelado nela. Para prantear a perda do objeto é necessário matá-lo por completo, isto é, realizar o trabalho psicológico que permita ao objeto estar morto tanto na realidade externa quanto no mundo interno. Ogden (2012) vê na ambivalência que envolve

esse embate a noção de que as relações de objeto internas inconscientes podem ter tanto um atributo de vida e vivificador, quanto de morte e mortífero.

Freud parecia convencido de que a vida constituiria um fator suficiente para produzir o apelo necessário ao ego para mantê-lo vivo. Entretanto, há situações onde isso parece falhar e tal satisfação não se mostrar suficiente para seduzir o ego em direção à vida. De acordo com Ogden (2012) a diferença está em que, nos casos patológicos (melancolia, depressão), o sujeito não consegue continuar a viver privado da pessoa amada perdida, pois sua libido está fixada neste objeto. Consequentemente, ele não faz a opção inconsciente pela vida em sua plenitude, mas sim pela substituição dela por um viver com o ódio incessante ao objeto. O ressentimento de ter sido abandonado pelo objeto de amor transforma o indivíduo em um morto-vivo que odeia a si próprio⁴ – e por extensão o mundo – que subsiste sem a existência do objeto. Segundo o psicanalista americano, esse ódio sustenta a fantasia de que a pessoa ausente ainda está viva e pode sentir seu pesar e sentimento de ter sofrido uma grande injustiça.

Conforme verificamos em nossa prática, outra saída encontrada pelo sujeito nesses casos pode ser a opção pela morte. A morte, concreta, apresentando-se como escolha possível. Tal objetivo pode ser alcançado de inúmeras formas. Pela utilização de diversos meios orgânicos para dar fim à existência (Ferenczi, 1929), como também as doenças psicossomáticas, uso de substâncias químicas anestésicas ou formas mais diretas de suicídio.

Continuemos acompanhando uma outra parte da história de Eva, que torna um pouco mais claro algumas dessas formas de atuação.

Paciente Eva, 60 anos. Uma vida marcada por acontecimentos trágicos. Possuía cinco irmãos do sexo masculino, vindo a ter que enfrentar a morte de quatro. Um deles um caso de fratricídio. Essa especificamente causada por um desentendimento devido ao fato de um estar flertando com a enteada do outro. Vinham tendo conflitos por esse motivo já há

⁴ Também proveniente da culpa associada à posição depressiva em relação aos ataques inconscientes ao objeto e a fantasia de ter sido responsável pelo seu desaparecimento.

algum tempo, tendo ocorrido ameaças de morte. Durante uma briga, passaram ao ato. Tiros e a morte de um irmão. Restaram quatro. Outro deles, casado, aparentemente não pôde suportar a situação de término de seu casamento que teve que enfrentar. Se enforcou. Restaram três. O terceiro, também devido a uma situação de separação conjugal, optou por uma saída mais indireta. Passou a fazer uso de álcool compulsivamente, o que, ao longo dos anos, acabou provocando cirrose e culminou com a sua morte. O último, também assassinado, porém devido a uma dívida. Sendo assim, dos cinco irmãos do sexo masculino, apenas um se encontrava vivo: aquele que assassinara o outro. Nota-se que havia uma certa tendência familiar de resolver as situações, especialmente aquelas ligadas a perdas e separações, através do matar ou morrer.

Neste breve relato é possível notar que algo vem sendo atuado nessa família. Aparentemente, envolvimento amorosos e separações ficam associados à impossibilidade de sustentação das situações, desencadeando-se atuações relativas a matar ou morrer: suicídios, (des)istências e assassinatos. Todos os irmãos de Eva, exceto um, suicidaram-se utilizando as mais diversas formas. Observa-se aí uma impossibilidade entre gerações para lidar com situações que envolvam perdas e separações, as quais são vivenciadas como a própria morte. Tais situações acabam se tornando promotoras de ódio e intolerância que, sem a elaboração do luto nelas implicado, só podem ser expressas pela via da atuação (*acting out*). Assim sendo, a única saída encontrada é matar ou morrer. Os irmãos de Eva, que se suicidam ou matam uns aos outros ou mesmo ela própria, que vê como alternativa compartilhar do mesmo destino que eles e vinha tentando morrer de diversas formas.

O luto realizado por aqueles que perdemos na vida adulta é um processo que retroage aos primórdios e remete à posição depressiva. A forma como os primeiros meses e anos de vida serão experienciados, tanto em termos ambientais quanto internos, terá um papel fundamental no estabelecimento das bases futuras para suportar as perdas. Considerar o trabalho de luto como uma revivescência desses processos arcaicos implicará na necessidade de nos dedicar para a análise de como esses primórdios são vivenciados e das suas vicissitudes ao longo do tempo.

3.1.

Da incorporação à introjeção

Oh, pedaço de mim
Oh, metade amputada de mim
Leva o que há de ti
Que a saudade é o revés de um parto
É assim como uma figada
No membro que já perdi

Chico Buarque

Desde os primórdios da vida individual os processos projetivos/introjetivos estão em ação na constituição da subjetividade. Do ponto de vista kleiniano, é durante a posição esquizoparanoide que os mecanismos de cisão, negação, projeção/introjeção terão seu auge. O bebê irá vivenciar suas experiências como boas e más e, em última instância, deverá introjetar o objeto bom do qual dependerá todo o desenvolvimento satisfatório posterior, bem como a entrada na posição depressiva. Dessa maneira, desde os momentos primeiros da relação mãe/bebê a introjeção irá constituir um processo primário que será organizador da psique, do próprio amor e, conseqüentemente, da transferência.

Sándor Ferenczi, que foi o criador do conceito de introjeção (1909), o descreve como um processo que permite estender ao mundo exterior os interesses que são inicialmente autoeróticos. O autor compara os processos neuróticos e psicóticos para dizer que, enquanto o paranoico faz um movimento de projeção no mundo externo das emoções penosas e dos próprios interesses, na neurose ocorreria o oposto. Afirma que o paranoico retira o interesse do mundo externo, porém é incapaz de fazê-lo totalmente. Dessa maneira, o indivíduo espera afastar esses interesses de seu ego e projetá-los no exterior. Espera reconhecer no outro todo o amor e ódio que nega existir em si mesmo. Ao invés de admitir que ama ou odeia, mantém o sentimento de que o mundo se preocupa exclusivamente com ele (Ferenczi, 1909).

Já no caso do neurótico, observa-se o movimento contrário. Este estaria em uma eterna busca de objetos de identificação. Isso significa

dizer que ele traz tudo o que pode para a sua esfera de interesses, ou seja, introjeta aqueles objetos. O neurótico procuraria incluir em seu campo uma parte tão grande quanto possível do mundo externo: vai incluindo no ego os objetos provenientes do mundo exterior. O ego do neurótico é patologicamente expandido enquanto o do paranoico sofreria de uma espécie de contração. Ferenczi (1909) propõe que se chame de introjeção esse processo inverso da projeção. A introjeção seria então um processo de alargamento e enriquecimento do ego, através do qual ele se constitui e ganha consistência. Por fim, afirma também que esses mecanismos – a projeção paranoica e a introjeção neurótica – constituem apenas exagerações de processos mentais que podem ser encontrados em todas as pessoas.

No início, a criança só gosta da sensação de saciedade porque ela diminui a fome e aplaca sua ansiedade. Posteriormente, acaba também gostando da mãe, que vem a ser reconhecida como o objeto que proporciona aquela saciedade. Uma parte das sensações de prazer/desprazer, autoeróticas na origem, é deslocada para os objetos que as suscitaram. Assim, o primeiro amor/ódio objetal realiza-se graças a transferência e constituem o modelo de toda transferência posterior. Ferenczi ressalta ainda que essa transferência não é uma característica exclusiva da neurose, mas sim exageração de um processo mental normal.

Em momento posterior (1912), dando continuidade à sua argumentação neste mesmo sentido, o psicanalista húngaro afirma que considera todo amor objetal como uma introjeção, ou seja, uma extensão do ego, tanto no indivíduo “normal” quanto no neurótico. Em última análise o sujeito só poderia, antes de tudo, amar a si mesmo e a mais ninguém: amar o outro significaria integrá-lo ao próprio ego. Em 1917, Freud, ao tratar do tema do narcisismo e da identificação do ego com o objeto, associa o fenômeno da incorporação aos primeiros momentos do desenvolvimento psíquico infantil que, em sua teoria, corresponderia à fase oral. Comenta:

[...] a identificação é o estágio preliminar da escolha de objeto, e o primeiro modo, ambivalente em sua expressão, como o Eu destaca um objeto. Ele gostaria de incorporar esse objeto, e isso, conforme a fase oral ou canibal do desenvolvimento da libido, por meio da devoração (p.182).

As definições de introjeção e incorporação costumam ser confundidas por alguns psicanalistas e habitualmente os termos são usados como sinônimos. Uma diferenciação possível entre os conceitos será proposta por Abraham & Torok (1968), retomando as ideias iniciais de Ferenczi. Em linhas gerais, o termo incorporação refere-se à fantasia da absorção corporal de um objeto que é então sentido como fisicamente presente dentro do corpo, ocupando espaço e sendo ativo no seu interior (Hinshelwood, 1991). Já a introjeção diria respeito ao relacionamento com um objeto com base na semelhança percebida com o ego. Porém, trata-se de um fenômeno altamente complexo, pois o simples reconhecimento de um objeto como semelhante e ao mesmo tempo possuindo uma existência separada é uma realização sofisticada. Em níveis mais primitivos da fantasia, objetos que são semelhantes são considerados como idênticos. Esta forma onipotente de fantasia dará origem a confusão entre *self* e objeto.

Conforme já assinalado, Abraham & Torok (1968) afirmam que há um equívoco na frequente equiparação desses termos. Para desfazer esse mal-entendido, Torok (1968) propõe eliminar a falsa sinonímia que se criou entre os vocábulos. Para isso, preconiza um retorno a Ferenczi para reavivar o sentido original e rigoroso que este atribuiu ao conceito de introjeção. Assinala que a medida que a teoria da libido foi evoluindo e se transformando, a visão de Freud a respeito dos fenômenos de incorporação também se modificou. Novos relevos foram se delineando e, em *Luto e melancolia*, se constituiu a base da compreensão econômica do trabalho de luto. O trauma da perda objetal induz uma resposta: a incorporação no ego⁵. Por não poder liquidar o morto imediatamente e declarar que ele não mais existe, o enlutado o transforma para si mesmo e se permite, aos poucos, elaborar essa perda.

⁵ Torok, op. cit.

De forma semelhante, Ferenczi considerava a introjeção como um mecanismo que permite estender ao mundo exterior os interesses primitivamente autoeróticos, incluindo os objetos exteriores no próprio ego. Assim, Torok (1968) afirma que as ideias de Ferenczi subentendem que a força motriz da introjeção não pode ser proveniente da perda efetiva de um objeto. Semelhante à transferência, a introjeção se define por um processo de inclusão no ego. Assim, a perda de um objeto não seria capaz de parar esse processo. Afirma que a introjeção, no sentido ferencziano não é da ordem da compensação, mas sim do crescimento – visa introduzir no ego os aspectos do objeto, aspirando seu enriquecimento e alargamento.

A maior parte das características que são erroneamente atribuídas a introjeção valem para a incorporação, segundo Torok (1968). Este mecanismo, ao contrário da introjeção, pressupõe a perda de um objeto. Apresenta-se como mecanismo compensatório à perda na tentativa de negá-la. De forma a compensar a satisfação perdida e a introjeção indisponível, será realizada a instalação do objeto perdido dentro de si. Esse processo pode operar pelo modo da representação, do afeto, de algum estado do corpo ou de todos simultaneamente. Entretanto, seja qual for o instrumento, ela sempre se distinguirá da introjeção, devido ao seu caráter instantâneo e mágico. Na ausência do objeto investido de libido e sentido como indispensável para a sobrevivência do ego, a incorporação obedece ao princípio do prazer na medida em que se manifesta por meio de processos próximos ao da realização alucinatória (Torok, 1968). Assim, os processos incorporativos estariam mais ligados a momentos primitivos do desenvolvimento em que o ego deseja incorporar em si o objeto. Em 1938, Freud ressaltou que a experiência de ser o objeto é mais primitiva que a de tê-lo. Em outras palavras, inicialmente parte-se de uma indiferenciação com o objeto até uma percepção dele como separado de si mesmo. Um processo que pode caminhar no sentido inverso quando da perda do objeto:

“Ter” e “ser” para as crianças. As crianças gostam de expressar a relação objetal pela identificação: “eu sou o objeto”. O “ter” é posterior, recai no “ser” após a perda do objeto. Modelo: o seio.

“O seio é um pedaço de mim, eu sou o seio.” Somente depois: “eu tenho ele”, isto é, “eu não sou ele” (Freud, 1938, não paginado).

Dessa forma, a incorporação representa uma fixação, um congelamento do objeto dentro do ego na impossibilidade de separar-se dele. Não há perda: o objeto perdido será substituído onipotentemente por um objeto interno incorporado. O mundo interno do melancólico será totalmente moldado pelo desejo de aprisionar o objeto na forma de um substituto imaginário deste. Ao realizar essa operação, o melancólico evita a dor da perda, porém não sem custo: será perdida grande parte da própria vitalidade, ou seja, da vida emocional (Ogden, 2012). Entretanto, não há negociação possível com a morte. O ego “emprestará vida” ao objeto na tentativa de mantê-lo vivo, criando uma espécie de “morto-vivo”, porém a um custo elevado, trazendo intenso sofrimento psíquico. Abraham & Torok (1968) denominaram esse fenômeno como doença do luto. Em última instância a incorporação do objeto perdido traz consigo intensa angústia e a fantasia de unir-se a ele, que, em última análise, significa a própria morte psíquica.

Steiner (1993) considerou o fenômeno da negação da realidade da perda sob a perspectiva da identificação projetiva. Segundo ele, o uso desse mecanismo levaria à posse do objeto através da identificação com ele. Entendemos que essa descrição está mais ligada a concepção da identificação projetiva enquanto exclusivamente patológica. Entretanto, também há um aspecto saudável nela. Consideramos que seu uso de forma fixada e massiva em todas as relações irá promover estados de indiferenciação, estando mais ligada ao processo de incorporação a que nos referimos acima. Sua presença em quantidades normais não seria suficiente para causar tais estados. Posto em termos kleinianos, a incorporação, bem como a forma patológica de identificação projetiva estão muito mais próximas de um funcionamento da posição esquizoparanoide do que da depressiva. Almeida Prado (2003) assinalou que, em sua experiência, foi observado o uso de rígidas estratégias defensivas para evitar o reconhecimento da perda através da negação da morte. Apesar de haver o conhecimento concreto do fato na realidade

externa, busca-se dominar essa realidade ao impor-lhe a realidade interna, com a conseqüente evitação de qualquer situação que possa provar a falsidade dessa situação em que o sujeito se protege. Dessa forma, ele passa a se relacionar com o morto como se ainda vivo estivesse.

Podemos supor que o que Freud (1917) assinalou com a expressão “a sombra do objeto caiu sobre o ego” seja decorrente do processo de incorporação daquele objeto. Aqui o ego foi modificado não pelo brilho do objeto, mas por sua sombra (Ogden, 2012). Não podendo ser introjetado por diversas razões, sua “sombra” então recai sobre o ego que o incorporou. Seguindo na linha dessa metáfora proposta por Freud, entendemos que sombra e luz são indissociáveis. Tendo o objeto sido incorporado e permanecido lá – indigesto – sua sombra recai sobre o ego, o empobrecendo, sufocando-o, engolindo-o ou até mesmo fagocitando-o⁶. Entretanto, caso um processo introjetivo possa predominar, propomos que o ego poderá se enriquecer com a luz do objeto introjetado. Entendemos como luz aqueles aspectos tanto de si projetados no outro e agora perdidos, como também aqueles relativos ao próprio objeto externo perdido, já que nunca é possível separar completamente o que um dia foi parte de si e do outro. Se os desejos que concernem ao objeto foram introjetados, nenhum dos processos patológicos citados, tampouco a doença do luto, devem ser temidos. A libido que era investida no objeto acabará sendo recuperada pelo ego (Abraham & Torok, 1968).

Com base nessas observações nos parece pertinente propor a ideia de uma travessia do luto. Esta seria uma passagem como um túnel, que pode ser atravessado de forma mais ou menos satisfatória. Partiria, na ocasião da perda, de um momento em que os processos incorporativos estão em alta. Na ausência brusca do objeto investido afetivamente e sentido como necessário para a sobrevivência do ego, o sujeito enlutado pode até mesmo ter a percepção alucinatória do morto, como se estivesse vivo. A presença do objeto é concreta. Algo que também remonta a uma

⁶ A cena final do filme *Melancholia*, de Lars von Trier, em que o planeta Melancholia engole por inteiro a Terra talvez seja a melhor representação dessa ideia.

situação de regressão a um dos momentos mais primitivos, o da satisfação alucinatória (Abraham & Torok, 1968).

Vamos agora acompanhar um fragmento da história de uma paciente que exemplifica o tema exposto anteriormente.

Durante minha atuação em hospital público, havia sempre o plantonista do dia, que podia ser convocado para atender casos emergenciais. Certo dia fui chamado pela médica para atender Raquel, 43 anos. Raquel havia acabado de receber a notícia da morte de seu marido, que estava internado naquele hospital. Logo após receber a notícia começou a gargalhar e a chamar a médica para dançar, aparentemente esquecendo-se do que acabara de ouvir. A médica e um técnico de enfermagem estavam presentes e muito angustiados com a resposta estranha da paciente. Ao mesmo tempo sentiam-se sem saber o que estava acontecendo e tampouco como responder a tal reação. A paciente havia surtado. Me pediam para que falasse com ela e a fizesse lembrar do fato de que seu marido havia morrido, por que Raquel claramente não se lembrava. Recebo a solicitação com estranheza, mas aceito conversar com a paciente. Algumas tentativas depois, Raquel ignorou completamente a minha presença, não me dirigindo a palavra. Após brevíssima reflexão, penso que, naquele momento em que a paciente vivenciava sua aguda e penosa dor, a minha posição de psicólogo não me tornava mais capacitado para ouvi-la. A relação de confiança já havia sido estabelecida, e não era comigo, mas sim com a médica. Decido então por fazer uma intervenção junto à médica e ao técnico de enfermagem presentes, já que, anteriormente a minha chegada, ambos estavam relatando incessantemente à paciente o que havia ocorrido, pois acreditavam que o melhor era fazê-la lembrar. Por fim, passado algum tempo depois da intervenção e, podendo a paciente ter seu próprio tempo para metabolizar as informações, o aparente evento maníaco cedeu.

Logo de saída podemos testemunhar no relato o efeito imediato que a notícia da perda tem para a paciente. Em um primeiro momento, nega e, onipotentemente, triunfa sobre a morte, aparentemente regozijando. Tal comportamento foi interpretado psicopatologicamente pela equipe médica como um “surto”. Podemos interpretar a reação de Raquel como decorrente de um processo incorporativo em face da súbita notícia da perda. Regressa então a um momento de satisfação alucinatória: afirma que o objeto ainda está vivo e presente. Tal atitude assusta a equipe que chama o psicólogo, com a demanda de fazer a paciente “voltar a si”. Por julgar que essa era a melhor conduta naquele momento, os profissionais presentes vinham tentando recontar a história para fazer Raquel lembrar o ocorrido, o que se mostrou totalmente inadequado. Tal postura requereu

uma intervenção na própria equipe, para explicar do que se tratava o fenômeno de forma que pudessem compreendê-lo e diminuir sua própria angústia. Foi só a partir do momento em que foi possível dar tempo a paciente para que pudesse digerir as informações, sem pressioná-la, que a negação cedeu e a paciente pôde “voltar a si”, da forma que os médicos demandavam.

Com o relato acima em mente, podemos retornar a nossa analogia a respeito do processo de luto como uma passagem de um túnel. A imagem do túnel nos remete, a princípio, ao momento em que se adentra nele – o momento da perda. A luz subitamente se foi, a perda do objeto lança o ego em escuridão. Este momento, logo após a perda, será aquele em que os processos incorporativos estão em alta. Há a negação da perda, podendo até mesmo ocorrer regressão a uma fase de satisfação alucinatória do objeto, conforme observado no fragmento de história acima. Este túnel pode ser muito longo e inicialmente não ser possível enxergar a “luz no fim do túnel”; também pode ser curto e de travessia rápida. Tudo dependerá, conforme assinalamos, das circunstâncias relacionadas a cada indivíduo e a cada situação concreta. Conforme se percorre o túnel, caminha-se em direção à luz. Entretanto, entre lá e cá há inúmeras nuances e espectros de luminosidade possíveis. A penumbra, palavra que deriva do Latim *pænes*, “quase” e *umbra*, “sombra total”, consiste no fenômeno que acontece entre a luz e a escuridão total. Não é lá, nem cá, mas sim entre: ponto de transição entre sombra e luz. Para nós, remete a todo o trajeto do túnel, porém, especialmente àquelas situações de congelamento do processo de luto. O indivíduo nesse estado encontra-se paralisado, emperrado em um tempo perpétuo onde não é permitido ao objeto viver nem morrer completamente.

Um paralelo pode ser traçado com os processos psíquicos ligados ao “entre”. Joseph (1989), no trabalho com pacientes limítrofes, verificou que alguns pacientes conseguiam ir além da fragmentação da personalidade característica da posição esquizoparanoide, porém, não alcançavam estavelmente a posição depressiva. Dessa forma, ficavam atolados em uma espécie de equilíbrio precário em um espaço entre as duas posições. Tal equilíbrio seria mantido rigidamente por esses

pacientes, verificando-se na clínica uma transferência “insípida” e difícil de trazer à vida, parecendo o paciente inatingível. Steiner (1993) se referiu a esses estados mentais de estagnação como refúgios psíquicos. Assinala que, neles, o paciente mostra-se fora de alcance, implicando um poderoso sistema defensivo. O paciente usa o refúgio com o objetivo de permanecer livre de ansiedade, porém à custa de uma total paralisação de seu desenvolvimento psíquico e consequente perda da vitalidade. Tais considerações vão ao encontro de nossas observações a respeito da penumbra e dos estados de estagnação do processo de luto. Esses fenômenos dizem respeito a problemática dos limites entre uma posição e outra. Steiner (1993) assinalou que, da mesma forma que a posição esquizoparanoide não é sinônimo de paranoia e nem a posição depressiva de depressão, também o termo limítrofe não está circunscrito exclusivamente a pacientes limítrofes (*borderline*). É possível encontrar esses estados tanto em pacientes psicóticos, em um extremo, como também em pacientes predominantemente neuróticos que estejam passando por momentos difíceis. Segundo esse autor, essas organizações patológicas podem ser melhor compreendidas através do entendimento da relação entre essas duas posições.

A situação de perdas a que nos referimos é uma das situações que podem impelir o indivíduo a esses estados. Tanto pode o paciente já ter um funcionamento limítrofe previamente ao ocorrido, quanto ter sido lançado a esse estado pelas circunstâncias do acontecimento. Verifica-se uma maior capacidade de superação no último caso.

Mesmo na situação utópica de uma condição ideal, não há garantias de que a travessia do luto ocorrerá sem percalços ou sequer será concluída. Na maioria das vezes, aliás, não é assim que acontece. Desligar-se do objeto que se foi quase sempre é uma tarefa árdua, que requer tempo. Mesmo após o suposto desligamento completo, a libido estando disponível para novos investimentos, as marcas deixadas pelo contato com o objeto sempre permanecerão. Em outras palavras, podemos entender a travessia bem-sucedida como estando mais próxima da saúde. Já as situações em que ocorrem paralisações ou mesmo uma impossibilidade de realizar essa travessia mostra-se mais distante dela.

De acordo com Steiner (1993) diversos estudos sobre perdas por morte propuseram diferentes estágios do processo de luto. No entanto, todos parecem concordar com o fato de que, no início, tenta-se negar a realidade da perda. Supomos que no início, quando ocorre a perda do objeto de investimento, processos incorporativos são predominantes e, até mesmo, necessários. A situação da perda, especialmente no momento em que ela ocorre, não é da ordem da castração, mas sim da privação. O sujeito foi privado da existência do objeto de forma brusca e é intimado a fazer algo com isso. Ao longo do tempo, conforme efetua-se o processo de travessia do luto, caminha-se da incorporação à introjeção, ou seja, do concreto ao simbólico. De forma ideal, no final dessa travessia, chegar-se-ia em uma situação mais próxima de uma castração (situação simbólica, em contraposição à negação da perda e à concretude relacionada aos processos incorporativos). O objeto teria sido introjetado tornando-se símbolo dentro do ego: atinge-se o nível em que é possível elaborar a perda com recursos simbólicos. Não se trata mais de evitar a dor, característica dos processos incorporativos e marca da psicose, mas simbolizá-la para si, conviver com ela e fazer um trabalho psicológico genuíno⁷ ao longo do tempo, inclusive ao sonhar (Bion, 1962).

Portanto, entendemos que o nível simbólico da introjeção possa ser alcançado somente após o final do processo de luto. Contudo, são inúmeros os fatores que podem prejudicar ou mesmo emperrar esse processo, paralisando-o no tempo e impossibilitando a sua conclusão. Esses fatores podem ter várias origens: 1) razões externas, relativas a situação em si, verificando-se nas circunstâncias em que a perda se dá por acidentes trágicos, por exemplo, um impacto negativo na possibilidade de elaboração do luto implicado; 2) relativos a própria natureza da relação que era estabelecida com esse objeto previamente; 3) fatores internos e constitucionais do próprio sujeito.

No que diz respeito as experiências alucinatórias que ocorrem não raramente após perdas de pessoas, principalmente nos momentos que sucedem o acontecimento, localizá-lo-emos como fenômenos de

⁷ Mesmo em termos bionianos de uma alfabetização, ou seja, transformação de elementos beta em elementos alfa.

incorporação. Quando estes predominam, confundem-se aspectos de si e do outro – em uma regressão a equação simbólica. Assim, o paciente pode relatar que pode ouvir os passos do morto, sentir seu cheiro ou até mesmo vê-lo.

Prosseguiremos com Eva acompanhando um outro fragmento de sua história que descreve a experiência de que tratamos acima:

Paciente Eva. Na ocasião da morte de um de seus irmãos encontrava-se em outro estado do país e acabou não podendo participar dos rituais fúnebres. Tal fato lhe trazia muito pesar. Culpava-se pelo fato de ele – visto por ela como uma pessoa feliz – ter morrido e não ela própria, que sofria tanto. Vivenciava a realidade de ter permanecido viva com culpa. Porém, a vida é imperativa e impiedosa: ela segue. Assim, Eva continuou a levar sua vida como pôde, mas não da mesma forma. Sentia que algo por dentro havia se modificado e que agora carregava a tristeza em si. Constantemente pedia para seu irmão morto vir buscá-la, até que, para sua surpresa, isso de fato aconteceu. Conta que no momento em que se deitava para dormir, viu-o em sua frente estendendo-lhe a mão. Dizia que havia atendido a seu chamado e fazia o convite para se juntar a ele no mundo dos mortos. Viera buscá-la. Eva foi tomada pelo medo e num último apego a vida optou por não lhe estender a mão. Fechou os olhos, recusou o convite. No entanto, mesmo após muitos anos, mantinha uma certa convicção de que sua decisão nesse acontecimento poderia ter-lhe determinado a morte.

Podemos observar nesse ponto o impasse em que Eva se encontrava entre permanecer viva ou compartilhar do mesmo destino do objeto perdido. Com precárias condições para estabelecer e atravessar o processo de luto, não lhe era possível desligar-se do irmão morto e deixá-lo ir embora. Acabava vivenciando concretamente a experiência da perda desse irmão, momento em que chega a vê-lo em sua frente “convidando-a” para compartilhar do mesmo destino que ele: a morte. Apesar de todos os pedidos que ela própria fizera nesse sentido, no momento em que seu desejo se realiza, recusa o “convite” e escolhe permanecer entre os vivos. Podemos associar tal escolha, em certo nível, ao que Freud (1917) assinalou como a persuasão que o ego experimenta pela satisfação de permanecer vivo, o que fará romper o vínculo com o objeto perdido. Além disso, é notória a presença dos processos incorporativos que, nessa situação, se manifestam na vivência concreta de ver o irmão. Há o retorno

a um momento arcaico onde o recurso à satisfação alucinatória do objeto é usada para lidar com a ausência do objeto.

A fantasia de incorporação pretende realizar seu objetivo (introdução no corpo) de forma mágica: cumprindo concretamente o que só tem sentido no figurado (Torok, 1968). É para não “engolir” a perda que se imagina engolir o objeto perdido. E é assim, mantendo dentro de si o objeto engolido, indigesto e impossível de ser metabolizado, que a sombra do objeto recai sobre o ego (Freud, 1917). Essa cura mágica promovida pelo processo de incorporação dispensa o doloroso trabalho de recomposição. Assim, absorver via processos incorporativos aquilo que foi perdido é recusar o luto e suas consequências⁸. Trata-se de recusar a introjeção da parte de si mesmo que havia sido depositada naquilo que foi perdido. É recusar tomar conhecimento do verdadeiro sentido da perda, aquele que faria com que nos tornássemos mais enriquecidos. Em síntese, é recusar a introjeção. A fantasia de incorporação denuncia uma lacuna no psiquismo, uma falta no lugar em que uma introjeção deveria ter ocorrido.

Sucedia quando o homem primevo via morrer um dos seus, sua mulher, seu filho, seu amigo, que ele sem dúvida amava como nós aos nossos. [...] então, na sua dor, ele teve que aprender que também podia morrer, e todo o seu ser revoltou-se contra tal admissão; pois cada um desses amores era um pedaço de seu próprio amado Eu (Freud, 1915, p.236).

3.2.

Perda do outro/perda de si

Castilho (2013), a partir de sua experiência na clínica psicanalítica com idosos, assinala que é recorrente a queixa desses pacientes em relação às inúmeras perdas significativas que sofrem. Segundo ela, é frequente o seguinte relato: “é como se tivessem arrancado um pedaço meu: um braço, uma perna” (p.90). Freud (1917) vislumbrava a hipótese de a perda de um objeto ser vivenciada como perda de si. Assinalava que, na melancolia, não se pode discernir claramente o que se perdeu e o

⁸ Torok, op. cit.

doente não tem clareza, de forma consciente, do que foi perdido. O indivíduo sabe quem perdeu, mas não sabe o que perdeu nesse alguém. Dessa maneira, “a perda do objeto se transformou em uma perda do ego” (p.181). Sugerimos que o que foi perdido, nesse caso, foram partes do próprio ego que haviam sido depositadas no objeto via identificação projetiva. Porém, não qualquer parte. De acordo com nossas observações, toda relação implica em uma mistura de partes eu/outro e todo amor objetual é uma introjeção (Ferenczi, 1912). A perda que está em jogo aqui não é a decorrente desse processo normal presente nas relações humanas, mas sim daquele ligado à presença da identificação projetiva massiva na relação com esse objeto de investimento. Este modo de relacionar-se pode levar a uma grave indiferenciação eu/outro em termos patológicos. Na ocasião da ausência desse objeto isso resultaria em uma situação onde grandes e importantes partes do próprio ego se veem indisponíveis e perdidas. Tal condição seria uma das “predisposições patológicas” (p.172) que Freud (1917) menciona em seu texto.

Podemos observar um pouco desse processo de perda do outro que se torna perda de si no fragmento de história a seguir:

Jorge, 53 anos, alcoolista desde os 14. Casado e com 3 filhos já adultos. O uso crônico de álcool lhe trouxe diversos comprometimentos de saúde, levando-o a travar uma verdadeira batalha de vida e morte contra o tempo. Encontrava-se em psicoterapia e atendimento psiquiátrico por longos anos, tendo períodos de maior implicação com o seu tratamento e outros de mais afastamento, momento em que tendia a piorar. Em uma dessas idas e vindas, mantinha-se abstinente por mais de um ano, o que, segundo ele, foi o mais longo período que conseguiu se manter sem ingerir nem mesmo um gole de álcool. Estava tendo êxito em seu objetivo de abstinência, momento em que uma mudança familiar se ensejou: sua esposa esboçou o desejo de separar-se. A partir de então Jorge não só recaiu como aparentemente entrou em um processo de (des)istência. Desimplicado da própria vida e voltando a fazer uso compulsivo de álcool, suas doenças se agravaram, levando a sucessivas internações hospitalares que culminaram com a amputação de um membro. Seu tratamento é particularmente difícil, pois é como se a possibilidade de separação conjugal fosse vivenciada por ele como a própria morte e não houvesse nenhum desejo de continuar vivo. Em uma escalada de autodestruição, mostrou-se difícil persuadi-lo em direção à vida.

O paciente que inicialmente se implicava em seu tratamento médico e psicoterapêutico parecia ter em seus objetos externos sua motivação maior para seguir em frente. A partir do momento em que esse mundo externo ameaça desfazer-se, Jorge demonstra perder todo o desejo pela vida. Tal ameaça se apresentou na ocasião em que sua esposa aponta para a possibilidade de uma separação. O agravamento de seu estado de saúde levou a esposa a desistir da separação, o que nos leva a entender todo o contexto também como um *enactment*, tema que será discutido no próximo capítulo. Apesar disso, o que nos importa aqui nesse momento é que a partir desse acontecimento o paciente parece desistir completamente de viver. Abandonou sua psicoterapia e voltou a fazer uso de álcool compulsivamente, o que agravou ainda mais seu estado de saúde já crítico. Entendemos sua postura como uma desistência. A partir do momento em que se vê diante da possibilidade de ser privado dos objetos de que sente necessitar para viver, a escolha possível é a própria morte. Jorge opta pela desistência, ou seja, desiste da própria existência e dá início a esse processo. A desistência, segundo Zusman (1994), no caso desses pacientes que se veem às voltas com a questão dos limites, corresponde à mais radical significação do termo. O autor afirma que o uso do termo desistência como significando uma mera renúncia de algo procede do campo simbólico, não tendo o mesmo sentido de um desistir sîgnico, que implicaria em abandonar a existência ou dar início a esse processo. Para Zusman (1994), a opção sîgnica pela morte decorre de situações de abandono, perdas ou desamparo, bem como do luto insuperável e até mesmo impossível.

Conforme vimos anteriormente, desde os momentos mais primitivos caminhamos da desintegração em direção à integração⁹, da posição esquizoparanoide para a depressiva, nessa perspectiva teórica. De uma indiferenciação com esse(s) objeto(s) primeiro(s) até uma maior capacidade de reconhecer seus limites, tanto do próprio corpo quanto psíquicos. Conforme crescemos, vai-se abrindo mão de antigos

⁹ Para Klein (1946) o ego, em princípio, alterna entre estados de integração e desintegração. Falta coesão ao ego arcaico: uma tendência no sentido à integração alterna-se com outra em direção à desintegração, ao despedaçamento.

investimentos libidinais e novos vão sendo feitos. Segundo Segal (1973), o anseio do bebê para recriar objetos perdidos fornece-lhe o impulso para recompor e recriar o que foi sentido como destruído em fantasia. Simultaneamente, o desejo de poupar os objetos leva-o a sublimar impulsos quando são percebidos como agressivos. Com o intuito de poupar o objeto, o bebê em parte inibe seus impulsos e em parte os desloca ou substitui. As posteriores renúncias a objetivos instintuais, ou a um objeto, são uma repetição e ao mesmo tempo uma revivência da renúncia ao seio. Poderá ser bem-sucedida, como na primeira situação, caso o objeto a que se renuncia possa ser assimilado no ego pelo processo de perda e restauração interna, ou seja, quando predominarem processos introjetivos. Segal (1973) sugere que esse objeto assimilado se torna um símbolo dentro do ego.

Para a psicanalista britânica (1981), o interesse da criança pelo mundo ao seu redor vai se constituindo através de uma sucessão de deslocamentos de afetos desde os objetos mais arcaicos até outros mais novos, sendo que tal deslocamento é feito por meio de recursos simbólicos. Em fases mais primitivas do desenvolvimento o objetivo era possuir totalmente o objeto sentido como bom e aniquilar completamente aquele sentido como mau. Com o advento da posição depressiva e a consequente maior integração que ela proporciona, ego e objetos passam a ser percebidos como mais integrados e diferenciados.

A identificação projetiva, em maior ou menor grau, sempre estará presente em todas essas novas relações que vão sendo estabelecidas desde os momentos mais primitivos e por toda a vida. Projetamos nos outros nossos desejos, expectativas, sonhos e compartilhamos, com isso, parte do nosso próprio *self* que, ao longo do tempo e da continuidade dos investimentos, vai se tornando uma mistura de partes (ego/objetos), quase que indissociável. Com sua morte, enterramos com eles nossas esperanças, ambições alegrias e ficamos inconsoláveis (Freud, 1915). Por um tempo recusamo-nos a substituí-los. Nos comportamos como os *asra*, que “morrem quando morrem aqueles que amam” (p.232).

Freud (1930) vislumbrava a hipótese de as fronteiras do ego não serem sempre tão permanentes e definidas, tanto em casos patológicos

como na saúde. Mas, admite que apenas no auge do que chamou de enamoramento tal condição não seria patológica. Conforme assinalou, nesse estado as fronteiras do ego ameaçam desaparecer. O sujeito apaixonado afirma que “eu e tu são um” (p.17).

Aproveitando tal proposta de entendimento da permeabilidade das fronteiras ego/objeto a partir dessa perspectiva não patológica, além de outros pontos discutidos anteriormente, a saber, 1) a noção de identificação projetiva realística enquanto forma de comunicação proposta por Bion (1962); e 2) a concepção de Ferenczi (1912) de que amar a outrem equivale a integrar esse alguém no próprio ego; gostaríamos de propor a extensão dessa forma de compreensão do viés não patológico. À vista disso, afirmamos que essa característica relativa a mistura ego/objetos também estará presente, em maior ou menor grau, em todos os vínculos interpessoais que serão estabelecidos ao longo da vida.

É essa união entre os objetos amados e nós mesmos, essa fusão desses objetos com o nosso ego, que designamos por introjeção e – repito-o – acho que o mecanismo dinâmico de todo amor objetal e de toda transferência para um objeto é uma extensão do ego, uma introjeção (Ferenczi, 1912, p.210).

Habitualmente quando falamos de estados de indiferenciação eu/outro automaticamente pensamos na patologia. Contudo, há diferentes níveis de indiferenciação. Desse modo, queremos propor que há um nível mínimo, não patológico, que estará presente em todas as relações interpessoais. Seguindo as ideias de Ferenczi (1912) acima descritas, parece-nos um caminho natural elaborar tal afirmação. Indo mais adiante em nosso pensamento e, voltando mais atrás no desenvolvimento mental, podemos dizer que sempre restará um resquício daquela relação primeira com a mãe, onde havia um entendimento sem palavras. O anseio por este tipo de entendimento nas relações adultas nunca é totalmente abandonado, conforme assinalou Klein (1963). Mesmo segundo Freud (1930), nada do que um dia já fez parte da vida psíquica desaparece, tudo é preservado de maneira que pode ser trazido novamente à luz em circunstâncias específicas.

Voltando ao nosso assunto central, o luto, é esta mistura de partes que será indissociável, em certo nível, mesmo após o término com o sucesso da travessia do luto. O ego tornou-se eternamente modificado pela experiência e contato com o objeto, agora perdido. Dessa maneira, é impossível retornar a um estado anterior no qual se era totalmente separado, tal como se foi, primeiramente, antes de ter essa experiência. Afetamos e somos afetados de forma que nos tornamos eternamente modificados pelo outro, sempre restando algo deles em nós. Haverá sempre uma mistura de partes indissociável e, assim, aspectos do objeto sempre irão “morar dentro” do ego.

Green (1982) comenta a respeito de como aqueles que se vão permanecem vivos através daqueles que ficam. Retomando a questão freudiana de “*Luto e melancolia*”, menciona que a sombra do objeto que cai sobre o ego nada mais é que um fantasma do objeto. Esses fantasmas (os mortos) se instalam em nós quando têm algo para nos recriminar, ou uma dívida para nos lembrar, segundo ele. De certa forma, no nosso entendimento, o autor aborda indiretamente como a morte coloca uma imposição àqueles que ficam, os vivos, de fazer um trabalho psicológico – o luto. Diz ele: “as sombras perturbam o sono dos vivos, elas os enlutam mesmo a despeito deles” (p.298). De acordo com o autor, pensamos ter feito o luto de nossos entes queridos perdidos, mas esse luto nunca é tão completo como imaginamos. As “almas” mortas ganham novamente vida no psiquismo, mesmo quando não estão mais tão sedentas de sangue e quando são indulgentes com nosso gosto pela vida (Green, 1982):

a morte das pessoas investidas pela libido e interiorizadas no ego não suprime absolutamente sua existência dentro de nós. [...] as marcas deixadas pela lembrança os mantêm vivos no psiquismo [...] seu corpo tendo desaparecido, sua alma sobrevive em nós no inconsciente (Green, 1982, p.298).

Portanto, será uma questão qualitativa o quanto essa *modificação em nós* será positiva ou negativa, nos sufocará com sua sombra ou nos iluminará com sua luz. Considerando que aspectos do objeto sempre irão “morar dentro” do ego, cabe analisarmos como essa estadia se dará. Em

outros termos, podemos ter, em uma ponta, a “sombra” do objeto recaindo sobre o ego, o que representa seu sufocamento, fagocitação e estados de entranhamento patológico com o objeto. Já em outra ponta, teremos aspectos do objeto que se tornam parte de nós e que nos enriquecem, promotores não de estagnação e morte, mas sim de vida. Além, é claro, de todos os graus intermediários entre uma coisa e outra, lá e cá.

Para os pacientes que terão maior dificuldade em realizar essa travessia, com adversidades que retroagem até os momentos mais precoces do desenvolvimento psíquico, serão inúmeras as formas que encontrarão para lidar com a sua dor. Permanecendo estagnados em um estado de luto perpétuo em que o objeto não pode viver nem morrer completamente, poderão recorrer ao ato (*acting out*) para livrarem-se de estados que são sentidos como insuportáveis. Esses atos, que atingem proporções autodestrutivas, são alternativas inconscientes encontradas na impossibilidade de separar-se do objeto perdido, ou seja, chega-se a compartilhar o mesmo destino que ele: a morte.

4

Acting out e técnica psicanalítica

I long to be like you,
Lie cold in the ground like you
There's room inside for two
And I'm not grieving for you,
I'm coming for you¹⁰
Amy Lee

Anseio em ser como você
Repousar fria no solo como você
Há espaço aí dentro para nós duas
E eu não estou de luto por você
Eu estou indo por você

(tradução livre)

Nos capítulos anteriores vimos como o luto fundamental compõe parte importante do desenvolvimento psíquico infantil. A partir de uma perspectiva kleiniana, vimos que esse luto será o trabalho da posição depressiva e constituirá o protótipo de todos os outros lutos que a pessoa enfrentará durante a vida. Por sua vez, a vivência bem elaborada da posição depressiva estará relacionada com o próprio princípio de realidade: uma maior capacidade de lidar com objetos totais, maior capacidade de integração tanto do ego quanto dos objetos e a um sentimento de historicidade. A história nestas condições é contínua e não mais fragmentária como na posição esquizoparanoide. Vimos também que falhas primárias nessas fases arcaicas do desenvolvimento irão resultar em prejuízos na capacidade de simbolizar. Com recursos precários para dar sentido pela via simbólica ao que é vivenciado, o sujeito pode ser levado a atuar (*act out*) suas vivências.

Aqueles que apresentam dificuldades desde esses momentos mais primitivos poderão ter maior dificuldade para lidar com frustrações e perdas de todo o tipo em sua vida posterior. Em sofrimento psíquico,

¹⁰ Composição musical da cantora norte-americana Amy Lee, na qual relata sua experiência com a morte de sua irmã na infância.

podem recorrer ao *acting out* visando descarga e alívio dessa dor psíquica que é sentida como insuportável. Segundo Leon Grinberg (1968), uma perda de objeto precoce sem que tenha havido a possibilidade para um trabalho de luto adequado favoreceria um tipo de personalidade mais suscetível ao *acting out*, podendo mesmo atingir contornos (auto) destrutivos. Entendemos por *acting out* não apenas aquelas situações que se passam dentro da clínica, em decorrência da relação transferencial, mas também toda uma gama de ações do paciente dentro e fora do *setting* terapêutico¹¹. Incluem-se aí o engajamento em comportamentos compulsivos, colocar-se em situações de risco e/ou autodestrutivas, formas diretas e indiretas de suicídio, entre outras. Entretanto, antes de entrar neste tema, cabe discutirmos primeiramente um outro conceito de fundamental importância para o que queremos desenvolver: o de transferência.

4.1.

Transferência/contratransferência

O termo transferência foi utilizado com uma infinidade de sentidos diferentes ao longo do tempo e passou por diversas modificações em seu entendimento. Em termos gerais, designa o deslocamento para outra pessoa, principalmente a figura do analista, de desejos, sentimentos e padrões de relacionamento experimentados em relação a outros personagens muito investidos da história individual do sujeito. Inicialmente citada por Freud em "*Estudos sobre a histeria*" (1895), o termo vai adquirindo diferentes compreensões conforme a teoria psicanalítica se desenvolve e novas compreensões vão sendo trazidas.

De acordo com Freud (1910), a psicanálise não cria a transferência, mas sim a desvela para a consciência, fazendo uso dela para dirigir os processos psíquicos de acordo com o objetivo almejado pelo tratamento. Dessa maneira, a psicanálise constata que os fenômenos de transferência ocorrem naturalmente na vida e em todas as relações de

¹¹ De forma geral, o enquadramento onde ocorre o processo psicoterapêutico.

quaisquer pessoas. Contudo, essas transferências terão um destino muito diferente daquelas que estão em jogo durante o tratamento psicanalítico. A transferência é um elemento fundamental do processo terapêutico e, na concepção freudiana inicial, o sujeito incapaz de qualquer forma de transferência estaria inapto para iniciar uma psicanálise.

Nessa ocasião, a transferência foi pensada por Freud de acordo com o modelo da relação hipnótica, em suas diversas dimensões: afetiva, amorosa e relacional. Ele afirma inclusive que ela seria uma condição da cura no método catártico:

para esses pacientes é quase inevitável que as relações pessoais com o médico assumam, pelo menos durante um certo tempo, uma importância capital. Chega até a parecer que essa influência exercida pelo médico seria a própria condição para a solução do problema (Freud, 1895, versão digital).

Isto posto, a transferência designaria, ao mesmo tempo, uma relação de natureza amorosa que o paciente experimenta com o analista, mas ao mesmo tempo a transposição de uma relação arcaica para a pessoa do médico. A partir dessas experiências, Freud percebe que esse último aspecto da transferência se organiza como uma nova doença. A partir do caso Dora (1905), assinala que a neurose não cessa sua atividade. Ela se exerce criando estados psíquicos particulares, em sua maior parte inconscientes, aos quais também pode se dar o nome de transferências. Cria-se assim a noção de neurose de transferência. Tal noção implica a ideia de que a transferência cria uma região intermediária entre a doença e a vida real, região através da qual se fará a passagem de uma para outra. O estado recém-criado – a neurose de transferência – adquire todos os aspectos de uma doença artificial e inteiramente acessível às intervenções do terapeuta (Freud, 1914).

A transferência, tida como motor da cura, introduz, portanto, um elemento novo na vida psíquica do paciente, referente ao período de vida atual. Além disso, é uma condição prévia e necessária para que as interpretações sejam aceitas pelo paciente. Freud (1913) questiona-se

sobre quando seria o momento adequado de revelar ao paciente o sentido oculto de suas ideias. Não antes que uma transferência positiva, uma relação favorável, tenha sido estabelecida, responde. O primeiro objetivo de uma análise seria o de ligar o paciente ao tratamento e à figura do analista e, para que isto ocorra, segundo Freud, é necessário tempo.

Entretanto, a transferência também é responsável pelas resistências mais fortes. Segundo Freud (1912), ela deve ao mesmo tempo ser considerada o próprio agente da ação curativa e uma das mais fortes resistências a esse propósito. Desta forma, a análise da transferência passa a ter um papel central e a constituir o âmago do processo terapêutico. Segundo ele, a parte decisiva e mais importante da análise consiste, partindo tanto da transferência quanto da atitude em relação ao terapeuta, em criar novas edições para conflitos arcaicos, de forma que o paciente se comporte no presente tal como teria se comportado num momento de seu passado. Apesar disso, agora ele estará usando todas as suas forças psíquicas disponíveis para chegar a uma solução mais satisfatória que (e diferente da) anterior. Logo, a transferência se configura como um campo de batalha na qual enfrentam-se todas as forças em luta (Freud, 1916).

Já a contratransferência, em princípio, diz respeito ao conjunto de fenômenos inconscientes, provindas do analista em reação à transferência de seu paciente. Incluem-se nela sentimentos do paciente projetados sobre ele. Freud (1910) reconheceu a existência de algo que se estabelece no médico como resultado da influência de seu paciente sobre seus sentimentos inconscientes. E assinala em seguida que o médico deve reconhecer e dominar essa contratransferência.

Grande contribuição ao tema foi dada por Melanie Klein (1946) com a criação do conceito de identificação projetiva. Com ele uma nova compreensão é trazida ao tema da contratransferência na medida em que essa nova teorização permite entender como os pacientes podem agir sobre o psiquismo do analista, projetando nele uma parte de seu próprio psiquismo. A partir dessa visão, a contratransferência deixa de ser tanto um conjunto de pontos cegos do analista para ser valorizada

como um modo de percepção de certos aspectos relativos à forma de comunicação do paciente, especialmente uma comunicação primitiva. Sua elaboração permitirá não apenas entrar em contato com aspectos não verbais da relação, mas mesmo manter a comunicação com o paciente.

Com frequência tem-se a sensação que o paciente psicótico, atolado em maior ou menor grau na posição esquizoparanoide, parece sentir pouca ou nenhuma ansiedade. Em seu trabalho com esses pacientes, Klein (1946) demonstrou que isso não significa que esses sentimentos não existam, mas apenas que o método com que lidam com a ansiedade é extremo. Em outras palavras, significa dizer que esses pacientes projetam a ansiedade alhures, deixando o indivíduo aparentemente sem afetos, emocionalmente esvaziado. Segal (1956), de forma semelhante, chamou atenção para o fenômeno de como a depressão no esquizofrênico com frequência não estava nele, mas acabava invariavelmente no analista em decorrência de mecanismos massivos de projeção. Tal compreensão dessas situações onde faltam afetos e, por consequência, aspectos igualmente faltantes da transferência, foi uma influência importante da técnica kleiniana para a psicanálise em geral com pacientes psicóticos e fronteiros.

Paula Heimann, aluna e seguidora de Klein, foi uma das primeiras a citar a contratransferência como uma ferramenta a serviço do analista em sua tarefa de captar aspectos da comunicação do paciente. Em 1950 dedicou-se a analisar a ideia difundida de que a contratransferência consistiria apenas em um entrave. Percebeu que os analistas iniciantes frequentemente sentiam-se culpados quando se davam conta de sentimentos despertados na situação analítica em relação a seus pacientes e que, por isso, visavam alcançar uma posição fria e desapegada. Ao traçar as origens da ideia de que qualquer afeto despertado em análise constitui perturbação a ser evitada, afirma que tal concepção provém de interpretações erradas dos textos freudianos. Chama a atenção particularmente para as analogias que ele fazia a respeito do analista como um cirurgião, criticando-as.

Continuando sua argumentação, Heimann (1950) destaca a escola de pensamento que postula ideias opostas, como aquela de Ferenczi. Nessa concepção não apenas é reconhecido que o analista pode ter uma variedade de sentimentos em relação ao paciente, mas recomenda-se também que esses devem ser expressados abertamente. A autora alemã acreditava que não era enfatizado suficientemente o aspecto da situação analítica enquanto uma relação entre duas pessoas. Afirma que o que distingue esta relação de uma outra qualquer não é a presença de sentimentos de um lado – o paciente – e a ausência do outro, o analista. Acima de tudo, o mais importante, segundo ela, seria o uso que é feito desses sentimentos.

Assim, o objetivo principal de um analista em formação não é tornar-se uma máquina que produz interpretações de uma forma puramente racional, mas sim tornar-se capaz de suportar os sentimentos despertados em si ao invés de descarregá-los. Heimann (1950) sustentava a tese de que a resposta do analista ao seu paciente constituía sua mais importante ferramenta de trabalho. Ela sugere que o analista, além de sua atenção livremente flutuante, precisaria também de uma sensibilidade livremente flutuante, desperta e aguçada capaz de seguir os movimentos emocionais do paciente e suas fantasias inconscientes.

Posteriormente, autores como Bion (1959) contribuíram para um entendimento a respeito de como o analista se comporta como um receptor das experiências intoleráveis do paciente. Conforme vimos no capítulo anterior, através de sua *revêrie*, o analista irá transformar essas experiências intoleráveis e colocá-las em palavras, devolvendo-as de forma mais palatável ao analisando. Esse processo, que foi definido como função alfa, foi desenvolvido a partir do conceito kleiniano de identificação projetiva. Em 1959, Bion descreve determinada situação do paciente que, em sua primeira infância, não pôde conter seu medo da morte. Dessa maneira, separou-se dele juntamente com uma parte da própria personalidade, projetando-a na mãe. Continua sua argumentação dizendo que, uma mãe compreensiva, terá a capacidade de receber e lidar com esses sentimentos de pavor que o bebê se esforça para

acomodar via identificação projetiva. Ao projetar esses sentimentos na mãe, o bebê passa sua experiência para ela e comunica-lhe sua aflição. Em uma situação ideal, a mãe, por sua vez, devolverá a criança uma versão modificada, mais tolerável, desses sentimentos. A acumulação dessas situações vai propiciar futuramente a aquisição de um objeto interno que possibilitará a capacidade de compreender as próprias experiências do indivíduo. Esse processo de definir e lidar com a aflição será semelhante a como as coisas se desenrolam durante a situação analítica. A transformação do material emocional irá acontecer através da constante projeção e reintrojeção dessas situações aflitivas pelo paciente e digeridas pelo analista. Ao devolvê-las ao paciente, o analista lhe entrega uma situação modificada pela sua compreensão, apreendendo empaticamente a aflição. Com base na interação destes dois mundos psíquicos é possível que algum sentido novo venha a se constituir. A partir da introjeção da experiência digerida pelo analista, o paciente pode vir a adquirir a compreensão de si próprio. Conforme aponta Segal (1975), a interação arcaica entre mãe e bebê serve como um modelo para a relação terapêutica e para o empenho do analista.

Tal compreensão das coisas foi possibilitada também a partir da distinção entre uma forma normal de identificação projetiva e uma patológica, o que permitiu uma teoria a respeito da empatia e do efeito terapêutico das interpretações psicanalíticas (Hinshelwood, 1991). Acompanhando este entendimento das fantasias envolvidas no mecanismo de identificação projetiva, foi possível formular em termos intrapsíquicos a situação interpessoal do *setting* analítico. O analista tem seus próprios sentimentos, da mesma forma que o paciente (Heimann, 1950). Segundo Hinshelwood (1991), mesmo Melanie Klein, a partir da observação de mães e bebês, já apontava para esse nível de interação inconsciente entre ambas as partes, embora nunca tenha realmente adotado essa visão de maneira explícita.

Melanie Klein foi uma das autoras que trouxe enormes contribuições para a evolução da concepção de transferência. A partir do seu trabalho com crianças muito jovens, ou seja, em um momento de vida em que se presume que os eventos traumáticos possam estar

acontecendo, passou a observar uma série de coisas. Dessa forma, os acontecimentos que se passavam na transferência, principalmente a partir da técnica do brincar, não remetiam a algo de um passado longínquo, mas sim do momento presente. Observava-se que a totalidade do brincar infantil era um conjunto de reencenações de todos os tipos de relacionamentos e acontecimentos. Mas ficava a pergunta: o que essas crianças estariam reencenando em seu brincar? Klein considerava que elas expressavam sua vida de fantasia, seu mundo interno. Ela as via como a maneira própria que a criança encontrava para se relacionar com seus piores terrores e ansiedades.

Na prática da psicanálise com adultos, esse entendimento teve repercussões sobre a teoria e a prática. A transferência passa a ser vista também como reencenação de experiências de fantasia presentes. A elaboração do conceito de fantasia inconsciente apoiou a visão da transferência como também surgindo de dificuldades do aqui e agora da sessão de análise. Assim, a prática da análise, em especial a kleiniana, tornou-se uma compreensão da transferência enquanto expressão da fantasia inconsciente, ativa no momento presente da análise.

A partir dessas contribuições, houve um aumento no interesse sobre como o paciente atua na transferência. Em uma perspectiva puramente freudiana, tanto a contratransferência quanto os fenômenos associados ao *acting out*, são vistos como resistências, coisas indesejáveis para o andamento saudável do processo terapêutico. O terapeuta afetado pela contratransferência falhou, devendo, portanto, identificar seus erros e trabalhar para superar esse obstáculo.

Assim, se para Freud a contratransferência era vista como uma espécie de resistência que podia trazer consequências indesejáveis ao andamento do processo analítico ou ao próprio paciente, o conceito é ampliado por diversos autores, passando a compor uma díade transferência/contratransferência e valorizado tanto como fonte de informação quanto forma especial de comunicação. Dentre os autores que vão nessa direção estão os pós-kleinianos, em especial Joseph (1985), que valoriza a análise da transferência no sentido de propiciar o

entendimento do modo pelo qual os pacientes usam os analistas para ajudá-los em suas ansiedades. Assim, diz ela:

muito da nossa compreensão da transferência surge por intermédio da nossa compreensão de como nossos pacientes agem sobre nós para que sintamos coisas pelos mais variados motivos; [...] como atuam (*act out*) inconscientemente conosco na transferência, tentando fazer com que atuemos com eles; como transmitem aspectos de seu mundo interior, desenvolvidos desde sua infância – elaborados na vida infantil e adulta, experiências muitas vezes para além da utilização de palavras, que frequentemente só podemos apreender através dos sentimentos provocados em nós por meio de nossa contratransferência, usada no sentido amplo da palavra (Joseph, 1985, p.163).

Cassorla (2013) considera que, nesse momento, Joseph antecipa a descrição do conceito de *enactment*, sem nomeá-lo dessa forma. Segundo ele, o objetivo do paciente seria o de manter o *status quo* e evitar mudança psíquica. Iremos discutir especificamente o tema do *enactment* mais a frente.

A partir dessa forma de compreensão da transferência proposta por Joseph, tornar-se-á importante focar mais a atenção no método de comunicação desses pacientes, ou seja, em sua forma, do que primariamente no conteúdo do que dizem, pois mesmo quando são muito verbais podem estar atuando intensamente, às vezes na própria fala (Joseph, 1975). De acordo com Cassorla (2013), nestes casos “quando existem palavras, elas servem como instrumentos de descargas ou formas de expressar afetos que envolvem emocionalmente o interlocutor. A palavra funciona como ato, em que ‘dizer é fazer’” (p.189).

Assim, com base nessa concepção de transferência, algo está sempre acontecendo. O analista encontra-se constantemente usado pelo paciente. Trata-se da análise, na transferência, de relações objetais sutis e extremamente obscuras, que nem sempre são comunicadas por meio da linguagem verbal. Além disso, as palavras do paciente devem ser escutadas não somente pelo seu conteúdo, mas, principalmente, pelo que visam a fazer ao analista e sua mente (Hinshelwood, 1991). De acordo com Joseph (1975), os pacientes não se expressam somente por meio de palavras, mas também de ações e, às vezes, palavras e ações.

O analista, por sua vez, deve escutar, observar e sentir essas comunicações vindas do paciente. É isto que, juntamente com o entendimento dos efeitos que o comportamento do paciente tem sobre o próprio analista, será apresentado ao paciente como uma interpretação. Em resumo, tudo o que acontece dentro da sessão analítica, incluindo as atuações (*acting out*), deve ser valorizado como uma forma de comunicação que precisa ser levada em conta e considerada como fonte de informação.

Para Segal (1981), o desenvolvimento infantil arcaico irá refletir-se diretamente na parte infantil da transferência. Caso em um determinado momento predomine um funcionamento típico da posição depressiva, dará origem a uma forma de comunicação não verbal subjacente que traz inúmeras nuances afetivas às comunicações em jogo. Contudo, quando predominar um funcionamento da posição esquizoparanoide, pode dar surgimento as atuações (*acting out*) dentro da sessão como um modo de comunicação primitiva.

Ogden (1999) considera a transferência/contratransferência como um par indissociável. Diz ele que as compreende como uma construção intersubjetiva inconsciente criada no momento da análise e vivida, ao mesmo tempo, individualmente pelo analista e pelo analisando. Compreende que ambos os conceitos não são entidades psicológicas separáveis que surgem de forma independente ou mesmo em resposta uma a outra, mas sim como uma totalidade intersubjetiva. O autor usa uma metáfora que resume essa ideia. Imagina a hipótese em que um paciente pudesse se transformar em uma mosca na parede e pudesse observar a análise de outro paciente. O paciente-mosca poderia sentir que aquela análise que ele observa não lhe cairia bem. Talvez sentisse que o analista estava sendo amável demais, paternal demais, duro demais etc. Em resposta, Ogden comenta que se imagina dizendo:

é claro que a análise que você está observando não lhe cai bem. Ela não tinha você em vista." E o contrário é verdade: "a relação analítica que eu e você temos é tal que somente eu e você poderíamos tê-la criado, e não serviria para qualquer outro paciente (p.16).

Com base em nossa experiência clínica, tal forma de compreensão dos fenômenos nos parece a mais adequada para abordar e analisar os temas que serão tratados a seguir. Da mesma forma que o par transferência/contratransferência passa a ser visto como uma construção intersubjetiva, os fenômenos relacionados ao *acting out*, a partir do conceito de *enactment*, também perderão um pouco a distinção paciente/analista. O *enactment* por assim dizer, traz para o campo intersubjetivo o que anteriormente se passava apenas na parte do paciente (*acting out*) enquanto o analista observava.

4.2.

Acting out e enactment

O conceito de *acting out* passou por muitos desenvolvimentos desde que Freud (1905) mencionou-o pela primeira vez ao tratar do caso Dora. Ele o descreveu como uma espécie de resistência, relacionando-o à interrupção brusca do tratamento por parte de Dora. Dessa forma, diz ele:

[...] fui surpreendido pela transferência e, por causa desse “x” que me fazia lembrar-lhe o Sr. K., ela se vingou de mim como queria vingar-se dele, e me abandonou como se acreditara enganada e abandonada por ele. Assim, atuou uma parte essencial de suas lembranças e fantasias, em vez de reproduzi-las no tratamento (versão digital).

Em outras palavras, Dora não foi capaz de recordar seu passado e expressá-lo por meio de palavras na associação livre. Ao invés disso, colocou em cena, sob a forma de ação, o conteúdo da memória (Sandler, Dare e Holder, 1973).

O termo inglês *acting out* veio a ser a tradução do *Agieren* que Freud mencionou em 1914. Nessa ocasião, o autor deu-nos uma descrição mais detalhada do conceito o relacionando estreitamente à situação específica do tratamento psicanalítico. Refere-se a ele como uma forma de recordar-se que aparece na análise como uma tendência a repetir, no tratamento analítico, padrões e experiências infantis ao invés de recordá-los. O paciente não se recorda de nada que esqueceu e

recalçou, porém o atua, reproduzindo-o como ação e não como lembrança. Essa repetição se dá sem que o paciente saiba o que está repetindo. Dessa forma, o termo *acting out* se confundia com a própria noção de transferência (Cassorla, 2013).

Segundo Freud (1914), o fenômeno do *acting out* não se resume apenas à situação analítica, podendo ocorrer também fora dela. Estabelece uma distinção entre a atuação dentro da situação analítica e fora dela, considerando ambas as formas como consequência do processo de análise. Dessa forma, as atuações experienciadas dentro da sessão de análise podem ser a única forma de lembranças reprimidas chegarem à consciência, mas também podem representar uma tentativa de oposição e ruptura do processo analítico. Já fora dela, traria perigos para o tratamento e para o paciente, sendo difícil evitá-la.

Devemos estar preparados para descobrir, portanto, que o paciente se submete à compulsão, à repetição, que agora substitui o impulso a recordar, não apenas em sua atitude pessoal para com o médico, mas também em cada diferente atividade e relacionamento que podem ocupar sua vida na ocasião — se, por exemplo, se enamora, incumbe-se de uma tarefa ou inicia um empreendimento durante o tratamento (Freud, 1914, versão digital).

Tal fato fez com que alguns autores adotassem o termo *acting in* para se referir à atuação dentro da análise. Porém, de acordo com Laplanche e Pontalis (1967), tal diferenciação de termos mostra-se inadequada, pois na língua inglesa, a palavra *out* refere-se à exteriorização, o ato de mostrar o que é suposto ter dentro de si e não necessariamente a questão espacial “fora da sessão”. Assim, o termo *acting out* permaneceria correto para ambas as situações, tanto dentro como fora da análise.

Ainda segundo Laplanche e Pontalis (*op. cit*), a gama de definições que se agrupam sob o termo *acting out* são muitas, incluindo aquilo que a clínica psiquiátrica costuma chamar de “passagem ao ato”, que se refere a atos mais impulsivos e violentos, relacionados a assassinio e suicídios. Porém, incluem-se também formas mais discretas, desde que elas tenham uma característica impulsiva e mal motivada para o próprio

sujeito, rompendo com seu comportamento habitual. Adotaremos, neste trabalho, essa definição mais abrangente para o termo *acting out*.

Assim,

[...] a tão clara definição de há trinta anos atrás, quando a atuação durante a análise era considerada uma forma legítima e analisável de resistência, nos dias atuais foi ampliada para abarcar a conduta delinquente e os tipos de patologia e de ações impulsivas (Sandler, Dare e Holder, 1973, p.86).

De forma geral, o conceito de *acting out* ou atuação é usado para definir descargas impulsivas de forma mais ou menos pontuais, não sendo usado tanto para quando esses atos tem uma duração de tempo maior. De acordo com Cassorla (2013) o advérbio “*out*” refere-se a algo que é colocado para fora do mundo interno de forma rápida. No passado, a atuação era vista como algo negativo para a análise, um obstáculo. Era comum os analistas acusarem os pacientes de estarem atuando, como se estivessem recusando-se a associar livremente e recordarem.

Dessa maneira, o termo *acting out* acabou ganhando uma conotação moralista, na medida em que os analistas começaram a usá-lo para rotular negativamente esses pacientes que possuíam tipos de personalidades mais impulsivas. Diziam que eram “atuadores” para definir suas condutas transgressoras. Entretanto, tal conotação se mostra totalmente inadequada, pois obviamente um paciente que muito usa o recurso da atuação o faz por que não tem recursos para fazer outra coisa naquele momento, e não por que deseja transgredir as regras da análise (Cassorla, 2013).

Se o *acting out* era visto por Freud como uma espécie de resistência que podia trazer consequências indesejáveis ao andamento do processo analítico ou ao próprio paciente, posteriormente o conceito também veio a ser ampliado, passando a ser valorizado como fonte de informação e forma especial de comunicação. Passa então a ser utilizado para que os processos inconscientes que estão por trás dele possam ser descobertos, em termos freudianos; ou ainda, entendido como externalizações de fantasias inconscientes, que incluem as experiências primitivas, em um referencial das relações objetais (Cassorla, 2013).

O *acting out* mantém uma estreita relação com a capacidade de simbolizar. Sendo as palavras símbolos verbais, podemos entender a capacidade para expressar-se através delas como uma operação fundamentalmente simbólica. Com essa capacidade prejudicada, ocorrerão problemas no que diz respeito ao próprio processo de simbolização e expressão em palavras, favorecendo com que o paciente parta para a ação. De acordo com Bion (1962), é através da função alfa que os elementos beta, que são como dados emocionais brutos, concretos e subjacentes ao *acting out*, podem ser transformados em elementos alfa, elementos de sonho e de pensamento, proporcionando ao sujeito a possibilidade de desenvolver um aparelho para pensar pensamentos. Caso a função alfa falhe, irá ocorrer uma acumulação desses elementos beta, tornando a mente um aparato não para pensar, mas sim para livrar-se desses objetos internos maus, evacuando-os. Permanecendo os elementos beta sem uma possibilidade de transformação, o que irá acontecer será um tipo de pensamento mais concreto e próximo da ação (*acting out*).

Observemos um fragmento da história de Eva:

Paciente Eva. Certa vez durante suas sessões, comenta despreziosamente que as vezes sente tonturas. Tal comentário pareceu de pouca importância e passou sem maiores intervenções, logo ficando para trás na cadeia de associações livres. Várias sessões se passaram e a paciente agora menciona que está trabalhando como faxineira. Um outro comentário que também poderia passar despercebido, se não fosse por um detalhe. Conta que se coloca a limpar janelas do décimo andar de um prédio, sem qualquer tipo de proteção. Coloca a situação como inevitável: não havia o que fazer, precisava desse dinheiro para sobreviver. Imediatamente me lembro da informação anterior de que sentia tonturas. Além do fato de que se pôr a limpar janelas de edifícios altos sem proteção ser um comportamento perigosíssimo, a adição das tonturas colocava as coisas em outro patamar. Passei a considerar tal comportamento como uma atuação, uma tentativa de suicídio indireta. Caso acontecesse um acidente e ela viesse a morrer, certamente ninguém diria que ela se suicidou. Após o fato ser esclarecido por vias legais, seria verificado que foi um acidente de trabalho, uma negligência. Mas essa narrativa não se sustentava para nós. No momento em que analisamos o discurso da paciente, sua linha associativa e suas motivações inconscientes, fica claro qual era seu objetivo: queria morrer. Entretanto, queria viver também, afinal de contas estava lutando pela sua sobrevivência financeiramente, além de vir às sessões de psicoterapia e às

consultas médicas. Tais atuações da paciente foram metabolizadas e devolvidas a ela em forma de palavras, contendo agora esse significado novo. A princípio nada pareceu surtir efeito e tudo permanecia da mesma forma. No entanto, alguns meses depois a paciente comunica que havia recusado novos trabalhos nessas condições e que estava em outro lugar agora.

Conforme podemos observar neste pequeno relato, a paciente, apesar de manter o fluxo de associações livres, vinha atuando sutilmente durante o processo analítico. Assim, constantemente se colocava em situações de extremo risco, as quais poderiam efetivamente resultar em sua morte. Somente a partir do momento em que tais atuações puderam ser identificadas, metabolizadas e devolvidas contendo significado é que o processo analítico pôde se desenvolver e a paciente tomar consciência do que fazia.

É possível também verificar a atitude ambivalente de Eva perante a vida. Conforme acompanhamos em fragmentos anteriores dos primeiros capítulos desta dissertação, Eva havia enfrentado a morte de vários de seus irmãos em circunstâncias trágicas. Observamos que mantinha uma cisão em relação a seus desejos: uma parte de si queria se juntar a eles na morte, conforme descrito por Freud (1917) a respeito do dilema em que o ego se vê diante de compartilhar ou não do mesmo destino do morto. Entretanto, apesar de se colocar nessas situações de extremo risco, na maioria das vezes sem se dar conta disso, também mantinha uma parte menos regredida da personalidade que conservava um elo com a vida. Vinha às consultas e fazia vínculo com o terapeuta e com a equipe profissional, ou seja, possuía também uma parte que desejava viver e se empenhava nessa tarefa. Concluímos que, nos momentos em que o seu funcionamento mental mais se aproximava da posição esquizoparanoide e quanto mais ela e o processo analítico eram incapazes de simbolizar e transformar suas vivências traumáticas, mais propensa Eva ficava de agir e de compartilhar o mesmo destino de seus irmãos mortos.

De acordo com Sandler, Dare e Holder (1973), a tendência dos pacientes para a atuação resultaria de perturbações nos dois primeiros anos de vida da criança, sendo acentuado o vínculo entre a atuação e vivências pré-verbais. Além disso, segundo Leon Grinberg (1968), uma

perda de objeto precoce na ausência de um trabalho de luto adequado favoreceria um tipo de personalidade mais suscetível ao *acting out*. De acordo com o autor, as raízes do *acting out* estão em experiências de perda e separação que determinaram lutos primitivos não elaborados. Quando esse tipo de conflito é reatualizado na transferência, o paciente usa o analista como um objeto a fim de evacuar elementos beta. Em algumas situações esse objeto pode ser o próprio corpo do paciente: surgem-se aí os sintomas psicossomáticos ou hipocondríacos como equivalentes ao *acting out*.

Grinberg considera que a identificação projetiva é o mecanismo central do *acting out*, pois permite evacuar no objeto partes importantes do próprio *self* que são intoleráveis. Se o analista for capaz de conter e tolerar essas projeções, as devolvendo adequadamente, o processo analítico se seguirá produtivamente. Porém, em circunstâncias onde ocorrem problemas no interjogo transferência/contratransferência, o *acting out* se mantém e se agrava¹². Segundo o autor, o *acting out* se constrói como um sonho, pois certos elementos da realidade se transformam em processo primário regressivamente. Dessa forma, afirma que o *acting out* é um sonho dramatizado e atuado durante a vigília, um sonho que não pode ser sonhado.

Considerando essas observações e partindo da visão de Ogden (1999) a respeito do par transferência/contratransferência, enquanto dualidade inseparável construída numa relação intersubjetiva, e seguindo nessa direção, abordaremos agora o tema do *enactment*. De um ponto de vista intersubjetivo, considera-se que o processo analítico acontece em um campo onde tudo o que ocorre com um dos membros da dupla analítica tem reflexos no outro (Cassorla, 2013). Segundo o autor, os dramas encenados no processo analítico são fruto da externalização de enredos colocados em cena por ambos os membros, ainda que a relação entre eles seja assimétrica. Podemos então relacionar as ideias que abordamos nos primeiros capítulos desta dissertação a respeito do par mãe/bebê e trazê-lo para a situação de análise. E isto porque 1) na

¹² Grinberg, op. cit.

relação arcaica tanto a mãe quanto o bebê contribuem cada um com a parte que lhe cabe para o que acontece na relação e para os frutos dela; 2) essa forma de relação onde ambos são ativamente implicados no que acontece será de algum modo revivida em análise; não é possível considerar o analista como neutro ou isento do que acontece no processo analítico. A crescente importância que ganhou, na análise contemporânea, a relação mãe/bebê nos estágios mais primitivos reforçou a importância do tema do ato (*acting out*). Tais acontecimentos referentes a momentos arcaicos do desenvolvimento psíquico não foram verbais, já que são advindos de momentos anteriores a conquista dessa forma de linguagem, não podendo, assim, comunicar-se em análise senão por meio de atos (Etchegoyen, 1987).

Cassorla (2013), define o *enactment* como

fenômeno intersubjetivo em que, a partir da indução emocional mútua, o campo analítico é tomado por descargas e/ou condutas e comportamentos que envolvem ambos os membros da dupla analítica, sem que eles se deem conta suficiente do que está ocorrendo, e que remetem a situações em que a simbolização verbal está prejudicada (p.189).

Resumidamente, no *enactment* estarão presentes comportamentos que envolvem paciente e analista e que tornam atuais situações ou fantasias arcaicas. Diferentemente do *acting out*, que ocorreria apenas com o paciente, ambos participam do que está acontecendo. De acordo com o autor, no *enactment* são vividas experiências traumáticas primeiras que não puderam ser simbolizadas verbalmente por serem advindas de momentos anteriores ao desenvolvimento da capacidade de elaboração simbólica. Afirma que, enquanto no *acting out* o analista observa e acompanha as ações não pensadas do paciente, no *enactment* ele é levado pela relação. Tornar-se-á positiva para o tratamento quando puder ser compreendido e verbalizado.

Cassorla (2013) propõe que, em área não psicótica (simbólica) o paciente colocará os seus sonhos, noturnos e diurnos, no campo analítico através de narrativas. Esses sonhos são comunicados através de identificações projetivas normais. O analista então transformará esses

sonhos em outros sonhos, ou seja, ressonará os sonhos do paciente. Este, por sua vez, repetirá esse processo e assim por diante. Entretanto, o autor considera que quando há o predomínio da parte psicótica da personalidade, ou seja, em áreas onde a simbolização é prejudicada, o paciente não consegue pensar e os elementos com déficit de simbolização são descarregados, colocados em cena. E deu o nome de não-sonhos ao conjunto desses elementos não pensados. O analista, através de sua função alfa, transformaria esses não-sonhos em sonhos no processo analítico.

Seguindo nessa direção, Cassorla (2013) define diversos tipos de *enactment*. Considera o *enactment* normal aquele que estaria mais relacionado a noção de identificação projetiva realística que ocorre normalmente no processo analítico e que pode ser desfeita através de interpretações. Porém, podem ocorrer também situações onde o analista não se dá conta, a princípio, do que está acontecendo, convertendo-se em uma espécie de conluio entre a dupla que tem uma duração de tempo mais prolongada. Nesse caso, se trataria do *enactment* crônico. Sobre este, afirma inclusive que poderia também ser ampliado para situações sociais nas quais:

líderes carismáticos recrutam emocionalmente pessoas, grupos e populações, que se deixam envolver atacando sua própria capacidade de pensar. Constituem-se conluios perversos em que pessoas são manipuladas emocionalmente. Estas situações mostram como seres humanos são frágeis em relação à indução emocional. Consequências trágicas são bem conhecidas e se manifestam através de intolerância, preconceito, fanatismo, e outras formas de ataques ao pensamento (Cassorla, 2013, versão digital).

Já o *enactment* agudo se apresentaria em situações abruptas que, num primeiro momento, aparentariam ser apenas descargas. Elas se seguem a momentos de conluio duais que haviam tomado o campo analítico e representam rupturas dessas situações. Cassorla (2013) afirma ainda que é comum que o analista possa se sentir constrangido ou culpado após o *enactment* agudo, porém observa-se que, nas sessões seguintes, o processo analítico torna a se desenvolver. Resta a questão do que teria acontecido durante esse aparente rompimento do campo

analítico e o seu posterior desenvolvimento. O autor considera que, no momento em que o *enactment* agudo ocorre, o trauma que é revivido é o trauma da tomada de consciência da separação *self/self*. Afirma que o que acontece está para além das simples descargas, e remete a uma mistura de diversas coisas: descargas, não-sonhos sendo sonhados e sonhos regredindo para não-sonhos. Tudo ao mesmo tempo. O *enactment* agudo revela o trauma do contato com a vivência da triangularidade e, ao mesmo tempo, o início do processo de simbolização.

Em resumo, Cassorla (2013) expõe uma determinada sequência de acontecimentos. Assinala que, antes do *enactment* agudo, o processo analítico ocorre em duas áreas paralelas: uma área simbólica e outra não simbólica. Na primeira, paciente e analista “sonham-a-dois”; já na área não simbólica acontece o que chama de não-sonhos. É também nessa área que paciente e analista formam os conluíus duais ou *enactments* crônicos. A esses dá o nome de não-sonhos-a-dois. Conforme assinalamos anteriormente, nesse momento a dupla não chega a se dar conta suficientemente do que está acontecendo. Até mesmo porque, paralelamente, o processo analítico parece estar progredindo. Em determinado momento o campo analítico pode parecer explodir. Nessas situações se trataria justamente do desfazimento desses conluíus duais e do abrupto surgimento da diferenciação. Essa realidade triangular é vivida como traumática. O campo analítico é então tomado por descargas, não-sonhos sendo sonhados e sonhos sendo revertidos para não-sonhos. Após o *enactment* agudo a rede simbólica do pensamento se amplia. Lembranças e construções permitirão que o paciente ressignifique fatos de sua história e lembranças primitivas que estavam congeladas durante o *enactment* crônico. Dessa forma, caminha-se de uma área de não-sonhos rumo aos sonhos-a-dois.

Assim, Cassorla (2013) considera que é durante o *enactment* crônico o momento em que são revividas experiências traumáticas primitivas. Segundo ele, as ansiedades de aniquilamento, fruto desses eventos traumáticos, serão manejadas através da fantasia de fusão com o analista. O analista é vivenciado como o escudo protetor que falhou nessas fases mais arcaicas. Durante o *enactment* crônico o paciente

imobiliza o analista, impedindo que sejam revividos esses traumas arcaicos de intrusão e abandono. No entanto, durante esse congelamento a dupla repete, sem saber, essas situações de abandono e intrusão, bem como as defesas contra elas por meio de uma cena. Segundo o autor, tal fato indica que há um outro tipo de simbolização em jogo a respeito desses registros iniciais primitivos, uma simbolização em forma de conduta ou comportamento. Contudo, essa simbolização é precária e encontra-se coartada, permanecendo congelada. Somente após o surgimento do *enactment* agudo é que se pode retomar a capacidade de sonhar e a cena se reconectar a símbolos verbais.

Segundo Cassorla (2013), o estudo do *enactment* levou a uma maior compreensão justamente da problemática das questões de fronteira, ou seja, dos pacientes de configurações *borderline*. De acordo com o autor, nesses pacientes, traumas primitivos os fizeram criar uma carapaça que visa manter uma relação dual e fusionada com os objetos, incluindo-se aí também o analista na situação específica da análise. Esse tipo de paciente se funde ao analista numa relação dual idealizada. Porém, a todo momento o analista “ameaça” discriminar-se, o que é favorecido também pelo próprio enquadre analítico. O paciente tentará então submetê-lo, no intuito de retomar os conluios estabelecidos e a situação congelada. Essas configurações refletem o fato de o paciente em si viver na fronteira entre relações indiscriminadas (posição esquizoparanoide) e a triangularidade (posição depressiva). Nenhuma das duas é suportada completamente, o que leva a essas oscilações descritas.

Diversos outros autores já haviam descrito a situação específica do analista se ver compelido a atuar em conformidade às projeções do paciente, porém sem nomear tais situações como *enactment*. Além de Joseph (1985), citada anteriormente, Leon Grinberg (1962) abordou o tema chamando de contraidentificação projetiva a situação onde uma identificação projetiva excessiva por parte do paciente não seria conscientemente reconhecida pelo analista, que é levado a atuar em consonância a esta.

Já Sandler (1976), ao discutir sobre a transferência, abordou como esse conceito não precisa, em sua visão, ficar restrito ao entendimento

clássico, mas também incluir uma dimensão de manipulação e indução de comportamentos em outra pessoa. O autor ampliou a compreensão da transferência enquanto apenas projeção, no analista, de um aspecto ou pessoa do passado. Assim, o conceito passou a abarcar também todas as tentativas de manipular ou provocar situações no analista. Na descrição de Sandler, o paciente, de formas súbitas, induziria inconscientemente o analista a se comportar de uma determinada maneira, que pode ou não corresponder a esse papel. Chamou atenção particularmente às possíveis respostas irracionais por parte do analista em decorrência da passiva aceitação do papel que o paciente está forçando nele.

Assim, vemos que a questão de o terapeuta se ver envolvido na trama de atuações do paciente sempre foi considerada um tema importante na literatura psicanalítica. Sandler, Dare e Holder (1973) já alertavam para a importância de o profissional ter a percepção e compreensão da tendência a atuar que ocorre dentro de qualquer situação de tratamento. Conforme observado na nossa prática, até mesmo a equipe multidisciplinar pode se ver enredada em situações desse tipo, o que também foi verificado por Cassorla (2013), referindo-se ao “maltrato de equipes de saúde a determinados pacientes, tais como tentadores de suicídio.” (p.185).

Prossigamos observando um outro fragmento da história de Eva, que ilustra a situação:

Paciente Eva, apresentando quadro depressivo grave, práticas automutilatórias e diversas tentativas de suicídio. Era atendida em equipe multidisciplinar de serviço de saúde público por psicólogo e psiquiatra. Nas sessões de psicoterapia costumava queixar-se sobre a médica que a atendia, afirmando que ela era ríspida e que proferia palavras agressivas. Por esse motivo, Eva procurou por conta própria o coordenador do serviço, visando registrar sua reclamação e a troca de profissional. Este, por sua vez, lhe respondeu que era assim mesmo, que Eva estava equivocada e deveria se acostumar. A médica, ao tomar conhecimento da reclamação, enraivecida disse à paciente que não iria mais atendê-la e a deixaria sem atendimento. A desastrosa intervenção fez com que Eva ficasse longo período sem acompanhamento médico, até que pudesse conseguir novo psiquiatra naquele serviço. Esta situação criou impasses internos pois, nas reuniões de equipe, alguns profissionais se mostraram resistentes a ideia de a paciente vir a ter um novo médico, chegando até mesmo a zombar de alguns sintomas da paciente. Foram necessárias

longas discussões e intervenções outras para que o novo atendimento pudesse ser assegurado para a paciente.

Como podemos observar nesse pequeno fragmento, a profissional, ao saber da suposta queixa que a paciente havia feito a seu respeito, ficou enraivecida. Incapaz de assimilar e conter esses sentimentos hostis, prontamente os devolveu à paciente fazendo um contra-ataque. Cassorla (2013) menciona que as possíveis falhas do terapeuta podem se tornar produtivas apenas quando a dupla é capaz de as reconhecer e discuti-las. Porém, esse não foi o caso aqui, evidentemente. Tal sucessão de situações acabou tornando todo o campo hostil e antiterapêutico. Conforme assinalamos anteriormente, de acordo com Joseph (1978), os pacientes agem sobre nós por variadas razões e atuam conosco nos “convidando” a atuar junto com eles. Entretanto, isso se dá não apenas dentro do *setting* terapêutico, mas também fora dele. Caso o profissional não esteja preparado técnica e afetivamente o suficiente para acolher minimamente essas situações, ficará fadado a atuar junto com o paciente, o que pode gerar desfechos desastrosos. É possível que, de fato, o paciente seja hostil, atuador ou mesmo manipulador. Porém, ele não pode ser punido pelo seu sintoma. Cabe ao profissional que atendê-lo identificar as forças em questão – inconscientes ou não – naquele momento do atendimento e dar a devolução terapêutica necessária. Não constitui resposta terapêuticamente útil e ética o contra-ataque.

Este é um tema de fundamental importância para psicólogos e analistas em geral, pois frequentemente há uma tendência a acharmos que coisas desse tipo só podem acontecer com outros profissionais, já que devido a uma suposta capacidade de escuta melhor desenvolvida, estaríamos imunes aos efeitos das identificações projetivas do paciente e mais capacitados para evitar atuações indesejadas. Trata-se de uma ilusão. Qualquer um de nós, por mais bem preparado tecnicamente que possa estar, pode se ver em algum momento, devido a circunstâncias específicas daquele encontro, pressionado a agir conforme a fantasia inconsciente do paciente. Tal preparo passa sem dúvidas pela capacitação técnica, mas fundamentalmente pela análise pessoal. Entendemos a função do analista como sendo primordialmente da esfera

do sensível. Não é possível captar, receber, sentir, enfim, sintonizar-se com os afetos e identificações projetivas do paciente sem que haja minimamente disponibilidade afetiva para isso. Tal disponibilidade afetiva não depende apenas da boa vontade ou de um suposto altruísmo do analista, mas sobretudo de sua sensibilidade.

Mostra-se importante que a identificação projetiva seja compreendida pelo viés de uma comunicação não verbal por parte do paciente, somente sendo possível identificá-la se o terapeuta estiver receptivo e sensível a esses afetos. Assim, os sentimentos suscitados no terapeuta precisam ser levados em conta e considerados em sua intervenção. Ao contrário do entendimento clássico que vê nestes sentimentos uma falha do terapeuta em função de uma suposta neutralidade, entendemos que esses sentimentos, se compreendidos e devolvidos adequadamente, podem ser instrumentos importantes de mudança terapêutica.

Como podemos observar, falhas nesses momentos primitivos do desenvolvimento psíquico trarão consequências negativas para o paciente em sua vida posterior. É justamente nesses momentos primordiais que se desenvolve a capacidade de fazer o luto pelos objetos perdidos, a qual será o protótipo para todos os outros que o sujeito enfrentará ao longo da vida. Havendo problemas nesse luto arcaico, a própria capacidade de simbolizar será afetada, diminuindo os recursos internos para a elaboração de lutos na fase adulta e para dar sentido às experiências traumáticas que são vivenciadas. Permanecendo com um sofrimento que é sentido como insuportável e impossível de ser elaborado por vias simbólicas, pode-se lançar mão do recurso ao *acting out*, atuando as experiências ao invés de construir sentido e elaborá-las simbolicamente. Tal problemática dirá respeito, em grande parte, as configurações *borderline* de personalidade.

Roussillon (2012) questiona-se sobre como podemos alargar a competência da clínica psicanalítica em direção a esse grupo de pacientes que não se enquadram na lógica do recalque. Ferenczi (1929), já às voltas com questões a respeito de como tratar essa categoria mórbida desde os anos vinte, afirma que, de acordo com seus estudos

sobre a elasticidade da técnica, se viu pouco a pouco na obrigação de diminuir as exigências quanto à capacidade de trabalho desses pacientes. Segundo ele, deve-se deixar o paciente, por um tempo, agir como uma criança. Através dessa postura seria possível ao paciente desfrutar pela primeira vez do sentimento de irresponsabilidade da infância. Tal condição equivaleria a introduzir impulsos positivos de vida e razões para se continuar existindo.

Conforme observamos nas histórias de vida e de morte que relatamos no decorrer desta dissertação, na maioria dos casos com esses pacientes, as questões giram em torno do matar ou morrer. O vínculo com a vida nessas pessoas mostra-se precário, o que, muitas vezes, torna o objetivo primeiro do processo terapêutico a tarefa de persuadir o paciente em direção a vida, dado o nível de comprometimento e a escalada de autodestrutividade em que se encontram. A abordagem desses pacientes ditos de difícil acesso por meio da psicanálise é um tema muito fértil e de suma importância, visto que eles configuram quase a totalidade da clínica psicanalítica nos dias de hoje. Faz-se necessário maiores desenvolvimentos de pesquisas a respeito dessa clínica, a clínica dos primórdios, que possam tratá-la com a devida importância e trazer novos conhecimentos e relatos à luz.

Considerações finais

Ao pensarmos no luto, muitas vezes o relacionamos somente à possibilidade de superar perdas, sem considerarmos a perspectiva de uma compreensão mais abrangente a respeito de sua importância no processo de desenvolvimento psíquico. O luto na fase adulta é, em parte, pelo menos, uma revivescência de um processo iniciado nas fases mais arcaicas do amadurecimento emocional. Reintrojetar aquilo que foi perdido nada mais é do que reinstalar objetos bons que se tornaram parte do mundo interno desde os primórdios do psiquismo. Assim, tornam-se de fundamental importância as experiências do bebê em suas primeiras relações desde os seus meses iniciais de vida, as quais podem ser satisfatórias ou não, a depender de fatores ambientais, relativos a mãe e aos cuidados recebidos, mas também internos, relacionados ao próprio mundo interno do bebê.

A identificação projetiva mostra-se como conceito fundamental para pensarmos os primórdios do desenvolvimento, bem como as relações na vida adulta. Considerado inicialmente como um mecanismo que visava escindir e projetar de forma agressiva partes do próprio ego no objeto, o conceito foi posteriormente ampliado para abarcar uma série de experiências subjetivas. Uma delas diz respeito ao aspecto de identificação projetiva realista, inicialmente uma forma de comunicação primitiva entre mãe e bebê, mas que também estará presente em todas as relações que vierem a se estabelecer durante a vida. Inclusive a identificação projetiva está na base do sentimento de empatia.

Considerando que o luto implica na separação entre o ego e o objeto, e considerando que modificamos e somos modificados por nossas relações ao longo da vida, projetando e introjetando representações e afetos daqueles com quem temos contato, ressaltamos que, em certa medida, mesmo após o luto satisfatoriamente elaborado, é impossível separar-se totalmente do objeto. Dessa forma, na nossa vida, estamos sempre afetando e sendo afetados por aqueles com que temos contato.

Amigos, casamento, filhos, família, trabalho. Em qualquer lugar deixamos nossa marca naquelas pessoas e no mundo, assim como eles as deixam em nós. Com o tempo vamos sendo modificados por essas experiências, as quais se tornam parte de nós. Já não é possível distinguir como se era antes da relação com aquela pessoa ou situação. Quando ocorre a perda de uma dessas coisas, trabalho, casamento, filhos, ou quaisquer outras e por qualquer motivo, o trabalho de luto terá que ser feito.

A morte, enquanto destino certo e intransponível para todos os seres vivos, coloca uma exigência de trabalho para aqueles que ficam, os vivos. Esse trabalho será o processo de luto, a tarefa de desligar-se gradativamente do objeto perdido e deixá-lo ir. No entanto, essa não é uma tarefa simples. Abandonar uma situação ou objeto que proporcionou satisfação nunca é fácil. No caso de perdas, esse objeto é arrancado bruscamente do lugar que ocupava. Quanto mais brusca e trágica for essa separação, maior será o trauma e, conseqüentemente, mais difícil será para o sujeito dar sentido ao que acabou de vivenciar.

A imposição a que nos referimos, o trabalho de luto, poderá ser dificultado ou facilitado, a depender de vários fatores: pessoais, ligados a circunstâncias da perda ou ainda ao grau de investimento que se tinha com o objeto perdido. A partir da metáfora da sombra proposta por Freud em "*Luto e melancolia*", propusemos uma forma de compreender como a perda inevitável dos objetos pode nos afetar, positiva ou negativamente. Utilizamos os conceitos de incorporação e introjeção para relacionar a afirmação de Freud segundo a qual a sombra do objeto recai sobre o ego à uma incorporação do objeto, sua presença concreta dentro do ego. Tal mecanismo defensivo é usado por vários motivos, dentre eles, os que envolvem a negação da perda e o prolongamento da existência do objeto no psiquismo. Essa configuração de coisas pode mesmo levar, em casos extremos, à alucinação do objeto, momento em que o enlutado tem a experiência alucinatória de ver ou ouvir o morto. Na outra ponta, estariam situações mais ligadas à saúde emocional e aos processos introjetivos, onde aspectos do objeto perdido podem ser reintrojetados pelo indivíduo, enriquecendo o ego com sua luz. É importante ressaltar que as perdas podem se dar por diversos motivos, não apenas perdas por morte, mas

por separações que são inerentes a vida, e também aquelas que são vivenciadas pelo indivíduo como a própria morte.

No que diz respeito ao morto, este de nada mais precisa. Não tem mais necessidades fisiológicas, não sente fome, não sofre, não sonha. É o fim de toda a experiência. Porém, nós, os vivos, elaboramos rituais, conversamos com os mortos, dizemos que o morto (que não tem mais desejo) não gostaria disso ou daquilo, como se ainda estivesse vivo. Podemos supor que todos esses comportamentos se baseiam puramente em projeções. Mas não se trata apenas disso; há uma característica importante que precisa ser mencionada. Os mortos permanecem vivos apenas enquanto memória para os vivos. E é esta memória que procuramos manter de forma inabalável. Assim, inventamos rituais e tudo o mais para agradar a nós mesmos, para aliviar nosso próprio sofrimento. O luto do adulto nada mais é do que uma revivescência de um processo que começou desde os primórdios. E, ao perder alguém, o sujeito reinstala objetos bons internalizados, que são, em última análise, equivalentes aos pais amados que se tornaram parte do mundo interno desde as etapas mais arcaicas de seu amadurecimento emocional.

Propomos então uma visão do processo de luto como uma passagem por um túnel. Seu início, o momento em se entra nele e a luz se vai, representaria o instante da perda propriamente dita. Nele, os processos incorporativos estão em alta devido ao sofrimento causado pela perda. E assim deve ser. A primeira tentativa é a de negar a realidade da perda e instalar o objeto concretamente na psique via incorporação, prolongando sua existência. Essa situação poderá durar mais ou menos tempo, a depender de cada caso. A travessia do túnel – o processo de luto – será uma viagem cujo destino é a saída na luz, uma saída satisfatória ligada à saúde. A resolução do luto, a saída do túnel, representa a possibilidade de introjeção do objeto e de enriquecimento do ego do enlutado, o qual readquire as partes do *self* que haviam sido projetadas no objeto e perdidas com ele.

Contudo, não é sempre assim que acontece. A incorporação pode se tornar congelada, levando a impasses nessa travessia, o que muitas vezes provoca uma paralisia no processo de luto e torna o quadro

patológico. Dessa forma, o paciente fica preso a um objeto que não pode viver nem morrer por completo, uma espécie de morto-vivo. Em termos da passagem do túnel, atolado entre lá e cá; uma penumbra. A instalação do objeto no interior do ego via incorporação trará diversas limitações aos pacientes, pois não há moeda de negociação possível com a morte que não seja a própria vida. Ou seja, o indivíduo manterá o objeto “vivo”, porém à custa de uma parte de sua própria vitalidade. Empréstado vida ao objeto morto-vivo e, com isso, tornando-se ele próprio um morto-vivo.

Resumindo, nos casos de congelamento do processo e luto impossível o ego está sendo modificado, não pelo brilho ou luz do objeto, mas por sua sombra. Isso nos dá algumas pistas sobre os processos que aí estão em jogo. A sombra do objeto que recai sobre o ego nada mais é do que o resultado da incorporação do objeto, que agora se acha presente concretamente no ego, o sufocando e fagocitando-o. Resultado também, conforme mencionamos, das identificações projetivas massivas que foram empregadas na relação com esse objeto. Mas e o que seria a luz? Entendemos por luz todos aqueles aspectos que vão para sempre “morar dentro” do ego, simbolicamente; os aspectos do objeto perdido que enriquecem o ego por terem sido reintrojados e ficarem disponíveis para uso. Não apenas os aspectos do objeto em si, mas as partes do próprio ego que haviam sido projetadas no objeto, quando podem ser readquiridas via elaboração do processo de luto e reintrojadas, também fazem parte desta luz.

Por outro lado, como dissemos, pensamos que mesmo após a situação ideal de uma travessia do luto completamente satisfatória, nunca será possível atingir a totalidade da separação entre aquilo que é do ego e o que concerne ao objeto. Isto porque o ego é atingido e modificado eternamente pelos investimentos que promoveu em vida naquilo que foi perdido. Mesmo que o luto seja completamente elaborado, sempre restará algo em nós desse objeto que se foi do qual não podemos nos separar. Lembrando que o luto é um processo de desligamento do objeto que se foi através da separação entre aquilo que pertence ao ego e ao objeto, as experiências e o contato com os objetos nos tornam eternamente modificados, sendo impossível retornar exatamente ao que se era antes.

Para os pacientes graves que terão problemas que retroagem às fases mais arcaicas do amadurecimento e que, na vida adulta, terão problemas para elaborar seus lutos, há algumas considerações a fazer. Esses pacientes geralmente apresentam-se com um luto congelado no tempo, um luto perpétuo impossível de ser elaborado. Demonstram extremo sofrimento psíquico e, na prática, parece que iniciam uma (des)istência, ou seja, fazem uma escolha inconsciente por compartilhar o mesmo destino do objeto perdido e dão início a esse processo de desistência. Nossa hipótese é a de que esses pacientes usavam a identificação projetiva de forma massiva nas relações com essas figuras perdidas. Ao morrer, grandes partes do ego se tornaram indisponíveis, jogando a pessoa em um estado de sofrimento intenso, esvaziamento emocional e melancolia. Deste modo, devido ao forte entrelaçamento ego/objeto, a pessoa tem a fantasia de que ela e o morto são uma pessoa só, que ela não pode existir sozinha, sem o objeto perdido. Na impossibilidade de elaborar satisfatoriamente o luto e readquirir as partes perdidas do ego via introjeção, nega-se a perda e utilizam-se os mecanismos de incorporação massivamente, instalando o objeto perdido concretamente no ego e prolongando sua existência na psique. Nesse caso, a sombra do objeto recaiu sobre o ego. Assim, a única alternativa que estas pessoas acabam encontrando é juntar-se ao objeto perdido.

Gostaríamos de chamar atenção para essas saídas que vão além daquelas propostas por Freud, a saber, a elaboração do luto ou queda na melancolia. Essa escolha inconsciente por compartilhar o mesmo destino do objeto perdido pode se apresentar na prática de diversas formas igualmente mortíferas. Entre elas, estão o engajamento em comportamentos compulsivos, em situações de risco e/ou autodestrutivas, o uso de substâncias químicas anestésicas para aplacar o sofrimento, além de formas diretas e indiretas de suicídio.

Esta temática mostra-se extremamente relevante na atualidade, já que constitui desafio para a clínica psicanalítica e sua técnica clássica em geral. Conforme assinalamos anteriormente, é preciso que o terapeuta esteja atento às atuações destes pacientes, assim como às suas próprias tendências a atuar, inerentes a todas as situações terapêuticas. Inclusive

toda a equipe profissional de um estabelecimento de saúde pode se ver enredada nessa trama de atuações. Por esse motivo, torna-se imperativo uma rediscussão a respeito da técnica psicanalítica e de como ela pode abordar esses casos graves. Este foi o objetivo do presente trabalho que aposta ainda na continuidade de estudos futuros a propósito do tema, tendo em vista a sua importância teórico-clínica.

Referências bibliográficas

ABRAHAM, N. & TOROK, M. (1968). Doença do luto e fantasia do cadáver saboroso. In: ABRAHAM, N. & TOROK, M. **A Casca e o núcleo**. São Paulo: Escuta, 1995.

ALMEIDA PRADO, M. C. (2003). O tempo e a cripta no sofrimento psíquico entre gerações. In: FÉRES-CARNEIRO, T. (Org.), **Família e casal: arranjos e demandas contemporâneas**. Rio de Janeiro: Editora PUC-Rio/Loyola.

BARANGER, W. (1968). El muerto-vivo: estructura de los objetos en el duelo y los estados depressivos. **Revista Uruguaya de Psicoanálisis**, Montevideo, vol. IV, 4.

BION, W. R. (1962). **Estudos Psicanalíticos Revisados**. Rio de Janeiro: Imago, 1994.

_____ (1959). Ataques à ligação. In: Bion, W. R. **Estudos Psicanalíticos Revisados**. Rio de Janeiro: Imago, 1994.

BOWLBY, J. (1973). **Apego e perda: Perda: Tristeza e depressão** (V. Dutra, Trad., 2a ed., vol. 3). São Paulo: Martins Fontes, 2004.

CASSORLA, R. M. S. Afinal, o que é esse tal *enactment*? **Jornal de Psicanálise**, São Paulo, vol. 46, n. 85, p.183-198, jun. 2013.

CASTILHO, Glória; BASTOS, Angélica. **A função constitutiva do luto na estruturação do desejo**. *Estilos clin.*, São Paulo, vol. 18, n. 1, p.89-106, abr. 2013.

ETCHEGOYEN, H. **Fundamentos de técnica psicanalítica**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1987.

FAIRBAIRN, W. R. D. (1940). Fatores esquizoides na personalidade. In: FAIRBAIRN, W. R. D. **Estudos psicanalíticos da personalidade**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980.

_____ (1952). **Estudos psicanalíticos da personalidade**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980.

FERENCZI, S. (1909). Transferência e introjeção. In: FERENCZI, S. **Obras Completas. Psicanálise I**. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

_____ (1912). O conceito de introjeção. In: FERENCZI, S. **Obras Completas. Psicanálise I**. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

_____ (1929). A criança mal acolhida e sua pulsão de morte. In: FERENCZI, S. **Obras Completas. Psicanálise IV**. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

FREUD, S. (1895). Estudos sobre a histeria. In: FREUD, S. **Obras Completas Volume 2**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____ (1905). Análise fragmentária de uma histeria. In: FREUD, S. **Obras Completas Volume 6**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____ (1910). Cinco lições de psicanálise. In: FREUD, S. **Obras Completas Volume 9**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____ (1912). A dinâmica da transferência. In: FREUD, S. **Obras Completas Volume 10**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____ (1913). O início do tratamento. In: FREUD, S. **Obras Completas Volume 10**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____ (1914). Recordar, repetir e elaborar. In: FREUD, S. **Obras Completas Volume 10**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____ (1915). Considerações atuais sobre a guerra e a morte. In: FREUD, S. **Obras Completas Volume 12**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____ (1916). A transitoriedade. In: FREUD, S. **Obras Completas Volume 12**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____ (1917). Luto e melancolia. In: FREUD, S. **Obras Completas Volume 12**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____ (1920). Além do princípio do prazer. In: FREUD, S. **Obras Completas Volume 14**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____ (1930). O mal-estar na civilização. In: FREUD, S. **Obras Completas Volume 18**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____ (1938). Textos breves. Conclusões, ideias, problemas. In: FREUD, S. **Obras Completas Volume 19**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____ (1940). A cisão do Eu no processo de defesa. In: FREUD, S. **Obras Completas Volume 19**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

GIBEAULT, A. (2002). Simbolização (processos de -). In: MIJOLLA, A. **Dicionário internacional da psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago, 2005.

GREEN, A. (1982). O Eu, mortal-imortal. In: **Narcisismo de vida, Narcisismo de morte**. São Paulo: Escuta, 1988.

GRINBERG, L. (1962). On a specific aspect of countertransference due to the patient's projective identification. **The International Journal of Psycho-Analysis**, 43, 436-440.

_____ (1968). On acting out and its role in the psychoanalytic process. **The International Journal of Psychoanalysis**, 49(2-3), 171-178.

HEIMANN, P. (1950). On counter-transference. In: HEIMANN, P. **About Children and Children-No-Longer**. London: Routledge, 1989.

HINSHELWOOD, R. D. (1991). **Dicionário do pensamento kleiniano**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

JOSEPH, B. (1975). O paciente de difícil acesso. In: JOSEPH, B. **Equilíbrio psíquico e mudança psíquica**. Rio de Janeiro: Imago, 1992.

_____ (1978). Diferentes tipos de ansiedade e seu manejo na situação analítica. In: JOSEPH, B. **Equilíbrio psíquico e mudança psíquica**. Rio de Janeiro: Imago, 1992.

_____ (1985). Transferência: a situação total. In: JOSEPH, B. **Equilíbrio psíquico e mudança psíquica**. Rio de Janeiro: Imago, 1992.

_____ (1989). Mudança psíquica e processo psicanalítico. In: JOSEPH, B. **Equilíbrio psíquico e mudança psíquica**. Rio de Janeiro: Imago, 1992.

KLEIN, M. (1926). Princípios psicológicos da análise de crianças pequenas. In: KLEIN, M. **Amor, culpa e reparação e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____ (1935). Uma contribuição à psicogênese dos estados maníaco-depressivos. In: KLEIN, M. **Amor, culpa e reparação e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____ (1940). O luto e suas relações com os estados maníaco-depressivos. In: KLEIN, M. **Amor, culpa e reparação e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____ (1946). Notas sobre alguns mecanismos esquizoides. In: KLEIN, M. **Inveja e gratidão e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____ (1952). Algumas conclusões teóricas relativas à vida emocional do bebê. In: KLEIN, M. **Inveja e gratidão e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____ (1955). Sobre a identificação. In: KLEIN, M. **Inveja e gratidão e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____ (1963). Sobre o sentimento de solidão. In: KLEIN, M. **Inveja e gratidão e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

LAPLANCHE, J. & PONTALIS J. B (1967). **Vocabulário da Psicanálise**. Tradução de Pedro Tamen. São Paulo: Martins Fontes, 1968/2001.

MIJOLLA-MELLOR, S. de (2002). Atuação (acting out/acting in). In: MIJOLLA, A. **Dicionário internacional da psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago, 2005.

OGDEN, T. H. (1982). **Projective identification and psychotherapeutic technique**. New York: Jason Aronson, 1993.

_____ (1985). **A matriz da mente: relações objetais e o diálogo psicanalítico**. São Paulo: Blucher, 2017.

_____ (1999). OGDEN, T. H. (1999). **Revêrie e interpretação: captando algo humano**. São Paulo: Escuta, 2013.

_____ (2005). **Esta arte da Psicanálise. Sonhando sonhos não sonhados e gritos interrompidos**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

_____ (2012). **Leituras criativas: ensaios sobre obras analíticas seminais**. São Paulo: Escuta, 2014.

RACAMIER, P. C. (1988). Perversão narcísica na família do psicótico. In: VILHENA, J. (Org.). **Escutando a família: uma abordagem psicanalítica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 59-67, 1991.

ROUSSILLON, R. (2012). Teoria da simbolização: a simbolização primária. In: FIGUEIREDO, L. C.; SAVIETTO, B.; SOUZA, O. **Elasticidade e limite na clínica contemporânea**. São Paulo: Escuta, 2013.

SANDLER, J. (1976). Countertransference and Role-Responsiveness. **The International Review of Psychoanalysis**, 3:43-47.

SANDLER, J.; DARE, C.; HOLDER, A. (1973). **O Paciente e o Analista: Fundamentos do Processo Psicanalítico**. Rio de Janeiro: Imago, 1986.

SEGAL, H. (1950). Alguns aspectos da análise de um esquizofrênico. In: SEGAL, H. **A obra de Hanna Segal**. Rio de Janeiro: Imago, 1982.

_____ (1956). Depressão no esquizofrênico. In: SEGAL, H. **A obra de Hanna Segal**. Rio de Janeiro: Imago, 1982.

_____ (1973). **Introdução à obra de Melanie Klein**. Rio de Janeiro: Imago, 1973.

_____ (1975). Uma abordagem psicanalítica do tratamento das psicoses. In: SEGAL, H. **A obra de Hanna Segal**. Rio de Janeiro: Imago, 1982.

_____ (1981). **A obra de Hanna Segal**. Rio de Janeiro: Imago, 1982.

STEINER, J. (1993). **Refúgios psíquicos**: Organizações patológicas em pacientes psicóticos, neuróticos e fronteirços. Rio de Janeiro: Imago, 1997.

WINNICOTT, D. W. (1945). Desenvolvimento emocional primitivo. In: WINNICOTT, D. W. **Da Pediatria à Psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

_____ (1955). A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal. In: WINNICOTT, D. W. **Da Pediatria à Psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

_____ (1960). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In: WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

_____ (1971). **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

ZUSMAN, W. A opção sígnica e o processo simbólico. **Revista Brasileira de Psicanálise**, Rio de Janeiro, vol. XXVIII, n. 1, p.153-164, 1994.