

PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA
REVISTA DO INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA
EM PSICOTERAPIA

Av. Bagé, 368 – Porto Alegre/RS
Fones: (51)3333-4801 e 3335-3534
Sede: Região Nordeste – RS
Rua Cândido Costa, 24 – sala 1004
Bento Gonçalves/RS

e-mail: iepp@iepp.com.br *site:* www.iepp.com.br



Nº 13, 2011

0,90

EDITORIA

Heloisa Cunha Tonetto

ASSESSORAS DE EDITORAÇÃO

Clarice Kern Ruaro e Lisiane Geremia

CONSELHO EDITORIAL

Aline Grill Gomes • Aline Groff Vivian • Ana Cláudia Santos Meira •
Daniela Centenaro Levandowski • Heloisa Furtado • Luisa Rizzo • Milena da
Rosa Silva

COMISSÃO DE PUBLICAÇÃO

Clarice Kern Ruaro • Daniela Bottega • Denise Steibel • Lisiane Alvim
Saraiva • Lisiane Geremia • Luciana Beltrão Gigante • Rafaela Haas Oliveira

REVISÃO DE PORTUGUÊS

Mariza Bauermann

COMPOSIÇÃO

Maria Helena Amaral Cardozo

IMPRESSÃO

Evangraf



ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE UM CASO CLÍNICO À LUZ DO CONCEITO DE PARTE PSICÓTICA DA PERSONALIDADE DE BION¹

Clarice Kern Ruaro²

RESUMO

O presente trabalho aborda, juntamente com a ilustração de um caso clínico, as ideias de Bion e de outros autores estudiosos de sua obra a respeito da parte psicótica da personalidade. Para tanto, é apresentada uma breve revisão do conceito de parte psicótica da personalidade e não psicótica, suas estruturações ao longo do desenvolvimento e manifestações na prática clínica, bem como aspectos técnicos relevantes no tratamento de tais pacientes com funcionamento mais regressivo.

Palavras-chave: Bion; parte psicótica da personalidade; caso clínico

ABSTRACT

SOME CONSIDERATIONS ON A CLINICAL CASE ABOUT THE CONCEPT
OF PSYCHOTIC PART OF PERSONALITY STUDIED BY BION

This paper discusses, taking a clinical case as an example, the ideas of Bion and other authors who study his ideas, about the psychotic part of personality. For this purpose, it's presented a brief review of the psychotic and the non-psychotic parts of personality concepts, as well as their structuring throughout the psychic development and their manifestations in the clinical practice. It is also approached the technical aspects that are relevant in the treatment of such patients, with regressive functions and behaviors.

Keywords: Bion; the psychotic part of personality; clinical case

¹ Trabalho anual do terceiro ano do curso de especialização em Psicoterapia de Orientação Psicanalítica no Instituto de Ensino e Pesquisa em Psicoterapia - IEPP, em 2007.

² Psicóloga. Sócia efetiva do IEPP. Especialista em Psicologia Clínica pelo CFP e em Avaliação Psicológica pela UFRGS.

Os conceitos de parte psicótica e não psicótica da personalidade encontram-se como grandes contribuições de Bion para a psicanálise. Diversos autores seguem estudando e ampliando o seu legado, visto que a compreensão e o uso destes postulados são de grande valia para toda a teoria e prática psicanalítica. Poderíamos inferir ainda que a obra de Bion foi de certa forma revolucionária, uma vez que suas contribuições permitiram uma outra forma de compreendermos a dinâmica mental dos pacientes, isso porque possibilitou abarcarmos a personalidade como constituída por elementos psicóticos e não psicóticos coexistentes e intercambiantes.

Ao tomar contato com suas contribuições sobre o tema da parte psicótica da personalidade é que surgiu meu interesse em desenvolver o presente trabalho. Por estar iniciando o contato com a teoria de Bion e estar atendendo uma paciente com núcleos psicóticos importantes e, muitas vezes, predominantes, acredito a apresentação de um apanhado teórico, articulado com vinhetas clínicas, que expressam a manifestação de tais núcleos, tende a contribuir para uma melhor compreensão desses conceitos tão nucleares na obra de Bion.

Bion, partindo dos estudos de Freud sobre a consciência, considerada por este último como o equivalente mental dos órgãos sensoriais, postulou que este "órgão" está então relacionado com o modo pelo qual o indivíduo entra em contato com a realidade, seja ela interna ou externa. Essa tomada de consciência depende do grau de tolerância do indivíduo em reconhecer tais realidades. Assim, o indivíduo pode confrontar-se com ela, ou seja, tomar consciência; ou então fugir da realidade, através de uma fantasia onipotente que visa a destruir a consciência da mesma. A maneira como se dá essa confrontação e suas consequências irão configurar diferentes mentalidades individuais, uma delas sendo a parte psicótica e a outra a parte não psicótica da personalidade (Grimberg, 1973a).

Grimberg (1973a) salienta que, por esse entendimento, a parte psicótica da personalidade não significa um quadro ou diagnóstico clínico de psicose. É equivalente a uma modalidade de funcionamento mental, que existe concomitantemente com outro estado mental, ou seja, com a parte não psicótica. Essas duas modalidades encontram-se presentes, em maior ou menor grau, em todos os indivíduos; mesmo uma pessoa mais amadurecida psiquicamente teria potencialmente núcleos psicóticos enquistados em sua personalidade (Zimmerman, 1995). O que poderia determinar um diagnóstico psiquiátrico de psicose seria uma maior predominância da parte psicótica sobre a não psicótica.

Tecnicamente, poderíamos pensar que o objetivo de qualquer psicoterapia seria, em última instância, o de promover um contínuo

desenvolvimento da parte não psicótica em detrimento de uma menor preponderância da parte psicótica da personalidade na mente dos pacientes. Nesse sentido, Cassorla (2005) salienta que constitui uma grande vantagem técnica o conhecimento de que, mesmo em um quadro neurótico, sabemos que existe uma subjacente estrutura arcaica, um funcionamento dito psicótico que precisa igualmente ser atingido e trabalhado, isto é, as ansiedades e defesas primitivas da parte psicótica da personalidade. Em toda a parte inicial de seu trabalho, Bion utilizou-se de um embasamento kleiniano, desenvolvendo suas ideias a partir da compreensão das posições esquizo-paranoide e depressiva, da parcialidade das relações de objeto, da teoria da inveja primária, da primitiva angústia de aniquilamento e da consequente utilização de mecanismos de defesa arcaicos, em especial a cisão e a identificação projetiva (Zimerman, 1995).

A parte psicótica da personalidade manifesta-se principalmente através de uma grande hostilidade que se dirige contra o próprio aparelho mental do indivíduo e contra as realidades interna e externa, ou seja, seu alvo seria essencialmente a função da consciência. Bion (1988c) postulou que são desferidos destrutivos ataques a tudo o que o paciente sinta que tem a função de ligar um objeto ao outro, uma vez que essa parte da personalidade que é responsável pela percepção da realidade é cindida e fragmentada em diminutos pedaços, que são expulsos e depositados nos objetos via identificação projetiva. Este mecanismo defensivo é utilizado pelo ego para livrar a mente de tais fragmentos.

Baseado no conceito de identificação projetiva descrito por Klein, Bion propôs uma ampliação deste, denominando-o de identificação projetiva patológica. Nesses casos, a identificação projetiva, normal e estruturante para o psiquismo do lactente, é utilizada de maneira excessiva, impulsionada pelo excesso de inveja e de voracidade, sendo esse mecanismo defensivo típico da parte psicótica da personalidade (Grimberg, 1973a). Desta forma, tais fragmentos são produzidos em decorrência da destrutividade dos ataques dirigidos ao seio materno, sendo este um protótipo de todos os elos de ligação e o alvo por excelência dos ataques primitivos do bebê. Disso resulta um empobrecimento do psiquismo, já que uma parte sua é cindida e expelida (Bion, 1988a).

Buscando entender como tais fenômenos se manifestam na prática clínica, me apoiarei em alguns aspectos do caso de Solange, uma paciente que no início do tratamento estava com 35 anos e veio buscar tratamento em um ambulatório de psicoterapia da cidade de Porto Alegre. Sua queixa inicial era dificuldade para conseguir engravidar, já que há muitos anos estava tentando sem obter êxito, sendo que nenhum impedimento orgânico fora diagnosticado nela nem no seu marido. A paciente mostrava-se

completamente desconectada de suas vivências emocionais, seu relato era confuso, vago e extremamente concreto. Nada de sua história era trazido para as sessões e, quando questionada sobre seu passado, pouco dizia se lembrar. Durante muito tempo seu tratamento tinha essa marcante característica: uma vida fragmentada, sem uma ordem no tempo, pedaços de relatos desprovidos de sentimentos, as sessões pareciam não apresentar conexões entre si.

No início, fui me dedicando a mais ouvir as confusões da paciente do que intervir, tentando entender, aos poucos, a sua história e o que se passava com ela. Solange era uma mulher muito inteligente e refugiava-se frequentemente em intelectualizações para não se deparar com sentimento algum, e parecia sempre querer deixar inoperante qualquer intervenção minha, deixando-me com a sensação de que nada podia tocá-la. Solange trouxe, já nas primeiras sessões, que passara por algumas 'crises' durante a sua adolescência, mas não conseguia a princípio me explicar como eram as tais 'crises'. A paciente relatava que nessa época era usuária de drogas pesadas, como cocaína e anfetamina. Suas sessões, desde o início do tratamento, eram alternadas entre uma postura de cooperação, onde a paciente parecia disposta a pensar, a tentar estabelecer conexões, e uma postura de ataque à ela própria, ao tratamento e à qualquer coisa que a levasse a pensar e, principalmente, a sentir.

Bion (1988a) postula a existência de quatro traços básicos presentes na parte psicótica da personalidade: prevalência de impulsos destrutivos, onde até mesmo a capacidade de amar fica impregnada pelo sadismo; ódio e ataques dirigidos à realidade e a tudo que leva à percepção desta; ansiedade de aniquilamento iminente, e o desenvolvimento de relações objetivas imaturas que oscilam entre uma maior adesividade e uma acentuada tenuidade. Esse tipo de relação pode ser observada com destaque na transferência, sendo essa uma característica marcante no tratamento de Solange, no qual a relação foi estabelecida rapidamente, porém, de maneira tênue e instável.

Aos poucos, a paciente pôde ir me contando mais detalhadamente sobre suas crises: se tratavam de episódios francamente psicóticos, de breve duração, onde ela tinha alucinações auditivas de cunho essencialmente paranoide, e perdia quase que totalmente o contato com a realidade. Permanecia trancada em seu quarto, pois sentia medo de que pudessem prendê-la, agredi-la, sentia-se perseguida por todos, inclusive por seus pais, e acreditava que havia uma grande conspiração em torno dela. Tinha ideias delirantes de autorreferência, nas quais acreditava que todos falavam dela, inclusive as músicas e os programas de tv, através de um sistema de códigos.

Quando ela começou a trazer mais detalhes dessas suas crises para o tratamento, seus afetos começaram a ser mais sentidos; entretanto, o pavor que Solange tinha em falar disso (e conseqüentemente em sentir) fazia com que, ao se deparar com tais aspectos, ela erguesse resistências ferozes que se manifestavam através de ataques à sua função de pensar e da terapeuta também, desvalorizando qualquer melhora e querendo interromper ou diminuir o número de sessões. Porém, o medo que ela sentia em se deparar com sua raiva era tão intenso que os ataques não eram diretos, explícitos; eram velados, todos muito bem justificados com argumentos racionais.

Quando conseguíamos juntas trabalhar tais aspectos, ou seja, sua vontade de não pensar, o medo de falar das crises, e ela conseguia sentir que eu estava ali com ela para suportarmos todos esses afetos dolorosos, a paciente mostrava-se grata, emocionava-se, e seu vínculo comigo se fortalecia; porém, poucas sessões depois, tudo o que fora conseguido por nós duas parecia ser destruído, e ela vinha apática, fria e distante, fazendo-me sentir que a qualquer momento ela poderia abandonar o tratamento. Em sessões de maior aproximação, entretanto, conseguia verbalizar sobre seu medo de que tudo voltasse com muita força, temendo ficar louca e explodir. Inclusive relatou-me que, em sessões nas quais sentia o clima emocional como muito pesado, parava de prestar atenção ao que eu dizia, como uma espécie de estratégia que foi desenvolvendo ao longo do tratamento, na tentativa de não deixar as “coisas entrarem” dentro dela, referindo que saía da sessão e “apagava” tudo o que a gente havia conversado.

Esses momentos me faziam pensar no conceito de Bion (1988c) sobre os ataques ao elo de ligação, que se caracterizam por um combate destrutivo que o paciente desfere contra tudo aquilo que, no seu modo de sentir, tenha a função de unir um objeto ao outro. Podemos pensar que nesses episódios em que os ataques de Solange imperavam, tentando a todo custo obstaculizar e esterilizar o tratamento e a nossa relação, seus núcleos psicóticos se mostravam evidentes. Conforme nos ensinou Bion (1988a), esse estado mental se opõe e é destrutivo contra qualquer tentativa de ligação, e as emoções são odiadas por serem consideradas fortes demais para serem contidas por uma mente tão imatura. O ódio se volta contra todos os sentimentos, isso porque a sensação predominante é de total incapacidade para lidar com vigorosas emoções. Podemos pensar ainda que esses ataques contra qualquer coisa criativa, que produza vida, possam estar lhe esterilizando e lhe impedindo de conceber um bebê dentro de si.

Numa determinada sessão, a paciente entrou na sala e empurrou sua poltrona para trás, dizendo que estava irritada e que não queria vir. Aos poucos, fomos falando sobre esse seu sentimento, e de como ela queria permanecer longe quando se vê tomada de emoções ruins. Tudo o que eu

dizia parecia não penetrar nela, que se mostrava ansiosa e controlava cada minuto no relógio querendo ir embora, chegando a verbalizar que, algumas vezes, quando entra na sala, sente coisas pesadas, quer fugir dali; mesmo sabendo que a terapia lhe ajuda, ela quer se ver livre de uma vez, sente um mal-estar somente de saber que tem que vir à sessão.

Percebia que a paciente fazia um enorme esforço para deixar fora da sua relação comigo seus sentimentos agressivos, até na tentativa de me proteger dos seus ataques. Porém, através da sua resistência em vir às sessões e de me trazer material para trabalharmos, comecei a perceber também que eu e o *setting* estávamos nos tornando perseguidores e intoleráveis para Solange, que se utilizando do mecanismo de identificação projetiva patológica (Bion, 1988c) estava depositando em mim as odiadas partes da sua personalidade, ou seja, todo seu sadismo e agressividade. Dessa forma, eu acabava sendo percebida por ela como algo perigoso e ameaçador. Nesse sentido, Grimberg (1973b) coloca que, diante da iminência de mudanças catastróficas, a resistência do paciente que provém da parte psicótica da personalidade manifesta-se de forma ainda mais tenaz, visto que a disrupção a que se vê ameaçado, caso se processe tal mudança, é proporcionalmente violenta e dolorosa.

Alguns dias depois, a paciente trouxe o seguinte sonho: estávamos na sessão, ela na poltrona dela e eu na minha. Ela olhou para mim e, mesmo vendo que era eu, sabia que era ela, era uma mistura minha e dela; e eu estava sentada de um jeito que ela ficava quando estava nas crises (cabeça baixa, apoiada nos joelhos). Era a minha fisionomia, mas ela sabia que era ela quem estava ali. Ela disse que foi um sonho muito angustiante, e que, quando ela me viu/se viu, deu um grito, e não lembra mais o que aconteceu, mas diz que se sentiu aliviada após o sonho. Apontei que ela me viu com pavor, como se esse pânico de sentir as coisas das crises (raiva) por vezes tivesse sido colocado em mim, e relatei com o material que vínhamos abordando: o pânico que ela sentia às vezes ao me ver, o desconforto em vir à terapia, como se fosse retornar às crises, como se fosse se descontrolar outra vez, e o medo que ela sente de trazer esses sentimentos para a nossa relação.

A partir desse sonho, ficou claro que a paciente estava projetando esses seus aspectos hostis dentro de mim, e que muitas vezes sua sensação era de que estávamos misturadas e indiferenciadas. Eu estava abrigando as partículas do seu ego que foram expelidas, e Bion (1988a) salienta que tais fragmentos são sentidos pelo paciente como se levassem uma vida independente e incontrolada, como objetos bizarros que agora ameaçam vindo de fora, já que foram cindidos e violentamente evacuados. Esses objetos bizarros, que a personalidade psicótica se sente rodeada quando a

identificação projetiva se torna hiperativa, são constituídos de vários elementos, sendo um deles uma parcela da personalidade do próprio paciente (Bion, 1988b).

Esse mecanismo psicótico era utilizado pela paciente durante as suas crises na adolescência, e segundo a descrição dela, o mundo era rodeado de pessoas que lhe perseguiam, que queriam lhe fazer mal, e seus delírios de autorreferência deixam claro o caráter paranoide de suas alucinações, que provavelmente foram desencadeadas pelo uso pesado de drogas. Ouvia vozes que falavam dela, e já adulta sentia um profundo ódio de si própria por ter passado por esses momentos. Relatou que ainda sentia um “resquício” das crises, ou seja, sentia-se “alvo da hostilidade alheia” (sic), tal como descrevia em inúmeras situações, nas quais ela imaginava que estavam falando mal dela, mas sabia racionalmente que isso não correspondia à realidade. Quando a paciente começou a se sentir melhor e mais aceita nos seus relacionamentos, uma forte resistência se instalou na terapia. Entendi que tais aspectos estavam sendo vividos agora na relação terapêutica, e atrasos, faltas e silêncios começaram a se intensificar nesse momento. A partir desse momento eu, enquanto sua terapeuta, estava sendo o continente dessa parte perigosa e má da paciente.

Bion (1988b) propõe que a atividade alucinatória pode ser entendida como uma tentativa do paciente de lidar com partes da sua personalidade consideradas perigosas. Esses pedaços do seu próprio *self* que são expulsos criam uma realidade povoada de objetos bizarros, persecutórios, e, conforme define Grimberg (1973a), a partícula da personalidade transforma-se em uma “coisa”, determinando um afastamento cada vez maior da realidade. Bion (1988b) aponta ainda que a partícula que é expulsa via alucinação, ou seja, o conteúdo desta, seria evidentemente um objeto hostil. Quando esta é projetada e retorna via alucinação, é vivida como algo que persegue e é igualmente agressivo. Dessa forma, podemos pensar que Solange, mesmo não tendo mais alucinações no sentido clínico, segue utilizando-se de mecanismos psicóticos para proteger-se de toda sua carga agressiva e invejosa que não consegue tolerar. Com o uso da identificação projetiva patológica, o objeto é vivido como aquilo que se projetou nele (Grimberg, 1973a).

A identificação projetiva atua desde as primeiras épocas da vida, e tem a função de aliviar o ego incipiente das partes más e assim proteger suas partes boas. Ao projetar suas partes más em um seio bom, o bebê tem a chance de reintrojetar o que foi projetado de uma forma modificada, mais tolerável para o seu ego. Assim, o caráter ambiental tem um papel decisivo na formação das personalidades psicóticas, uma vez que poderá auxiliar esse bebê a lidar com sua disposição inata à agressividade e inveja; ou então

negar-lhe o uso dos mecanismos de cisão e identificação projetiva, que são a base para um posterior desenvolvimento normal. Pode ocorrer que o bebê, no início de sua vida, não possa contar com um objeto que consiga introjetar suas sensações desagradáveis e manter-se em equilíbrio (Bion, 1988c).

Essa ansiedade arcaica de aniquilamento, fruto da não-continência por parte da mãe em desintoxicar, e os terrores do seu bebê, e os devolver sem significação, pode levar ao uso excessivo da identificação projetiva, tornando seu uso patológico (Cassorla, 2005). Entretanto, conforme salienta Grimberg (1973a), a existência de um ódio excessivo é determinada por uma disposição inata, mas seu desenvolvimento está às primeiras relações objetais. Essas duas variáveis são igualmente importantes para compreendermos como se instala e se desenvolve a parte psicótica da personalidade.

Com a paciente em questão, percebia que se esforçava muito para não trazer sua agressão para dentro do tratamento, e que inclusive tentava me proteger do seu ódio, chegando a verbalizar que gostava muito da terapeuta e que não conseguiria brigar com uma pessoa que lhe ajuda. Percebia seu intenso medo em destruir seu tratamento e a mim caso tais sentimentos viessem à tona. Entretanto, a paciente precisava se defender e projetar em mim seus aspectos destrutivos, mas isso fazia com que ela constantemente se afastasse e me atacasse. Muitas vezes ela se mostrava impenetrável, não permitindo que eu me aproximasse dela. Eram sessões onde nada parecia ser criado, gerado. Sua inveja e ódio faziam com que qualquer movimento meu em direção à ela fossem rechaçados e muitas vezes ironizados. Solange dificilmente se deixava penetrar, e acredito que sua dificuldade de engravidar tenha estreita relação com essa dificuldade em permitir que algo criativo se dê nas suas relações, inclusive comigo.

Quando decidi fazer o trabalho sobre essa paciente, percebi que isso de certa forma trouxe reflexos no seu tratamento. Durante a execução deste trabalho, Solange começou a trazer inúmeros ataques à sua terapia, delegando a mim todo o trabalho de pensar, querendo receber as coisas prontas e imediatamente. Quando sinalizei isso a ela, a paciente se mostrou intolerante. Inconscientemente, Solange parecia detectar que eu a estava estudando, e me indicava isso através de constantes questionamentos sobre o consentimento informado e sobre o sigilo de suas informações. Começou também a insistir que eu dissesse o diagnóstico dela.

Para Solange, tolerar o não sabido era extremamente doloroso, e ela muitas vezes dizia que preferia ter um impedimento físico que lhe explicasse a causa de sua dificuldade para engravidar do que ter que tolerar esse não saber. Nesses momentos eu me tornava o alvo de seus ataques invejosos,

como se eu fosse detentora de todo o saber e nada quisesse dividir com ela, sadicamente. Pensei que o fato de eu estar fazendo um trabalho sobre ela, ou seja, criando algo a partir do tratamento dela, foi detectado pela paciente que então reagiu com muita inveja à minha capacidade de criar algo novo. Nesse sentido, eu me sentia muitas vezes acionada a desistir de fazê-lo, pois me vinha uma sensação de estar “enganando” a paciente, de estar utilizando o seu caso, seu tratamento e a nossa relação como objeto de estudo. Ao mesmo tempo, percebia que utilizar sua história clínica fazia com que eu me mantivesse mais atenta a ela e ao percurso da nossa caminhada psicoterápica.

Bion (1988c) aponta sobre o ódio e a inveja que muitos pacientes sentem ao perceber que seus terapeutas são capazes de experimentar suas sensações desagradáveis sem desabar, além de suportarem seus intensos ataques. Percebo que Solange atacava em muitos momentos minha capacidade de pensar, assim como a dela própria, e percebia que ela colocava à prova minha capacidade de ser continente com suas angústias. Conforme nos aponta Cassorla (2005), isso nem sempre é tarefa fácil, já que o pavor do paciente, indizível, pode ser sentido como superior a qualquer continente.

Cabe salientar, entretanto, que a paciente também possuía núcleos bastante preservados, e que lograva muitos avanços no tratamento. Além disso, vale lembrar que a paciente conseguiu sair das suas crises psicóticas sozinha, sem o auxílio de nenhum tratamento ou medicação. Podemos pensar que essa foi a melhor maneira que Solange encontrou para poder se reestruturar e seguir sua vida. Sua parte não psicótica foi podendo se fortalecer, alguns afetos mais intensos foram podendo ser revividos e experimentados por ela, e em muitos momentos ela conseguia expressar carinho e gratidão.

Com o conceito de função continente, exercida pela mãe no início da vida do bebê, que geralmente foi falha no caso de pacientes mais regressivos, Bion (1988c) nos deixa igualmente esse modelo para que nós, enquanto terapeutas, possamos atuar como um novo modelo de identificação para nossos pacientes. Acredito que, aos poucos, Solange foi podendo reviver na situação terapêutica suas angústias primitivas, deixando comigo suas partes mais assustadoras para que pudessem ser devolvidas no momento em que ela as pudesse ir tolerando, assim gradualmente aumentando sua capacidade para pensar, sentir e suportar frustrações.

A compreensão da parte psicótica e não psicótica certamente auxilia o entendimento de pacientes mais regressivos, como é o caso de Solange, já que devemos sempre ter em mente que nenhum paciente é totalmente

privado do contato com a realidade, ao mesmo tempo em que pacientes mais amadurecidos emocionalmente também possuem núcleos psicóticos, que devem ser alcançados e tratados. Isso dá uma perspectiva mais dinâmica e menos engessada na forma de compreendermos o funcionamento mental, visto que ambos os núcleos se encontram, em maior ou menor grau, na mente de todos nós.

REFERÊNCIAS

- Bion, W. (1988a). Diferenciação entre personalidade psicótica e não psicótica. In: Bion, W. (1988^a) *Estudos psicanalíticos revisados* (Second Thoughts). Rio de Janeiro: Imago. p. 45-62.
- Bion, W. (1988b). Sobre alucinação. In: Bion, W. *Estudos psicanalíticos revisados* (Second Thoughts). Rio de Janeiro: Imago. p. 63-80.
- Bion, W. (1988c). Ataques ao elo de ligação. In: Bion, W. *Estudos psicanalíticos revisados* (Second Thoughts). Rio de Janeiro: Imago. p. 87-100.
- Cassorla, R. M. S. (2005). Abordagem psicodinâmica do paciente ansioso. In: Eizirik, C.; Aguiar, R.; Schestatsky, S. (cols). (2005) *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos*. Porto Alegre: Artmed. p.517-540.
- Grimberg, L. (1973a). Psicose. In: Grimberg, L. (1973a). *Introdução às ideias de Bion*. Rio de Janeiro: Imago. p. 43-64.
- Grimberg, L. (1973b). Transformações. In: Grimberg, L. (1973a). *Introdução às ideias de Bion*. Rio de Janeiro: Imago. p. 91-109.
- Zimerman, D. (1995). O trabalho com psicóticos. In: Zimerman, D. (1995). *Bion da teoria à prática: uma leitura didática*. Porto Alegre: Artes Médicas. p. 79-88.

Contato:

Clarice Kern Ruaro

e-mail: claricekr@hotmail.com