



M478d McWilliams, Nancy.
Diagnóstico psicanalítico : entendendo a estrutura da personalidade no processo clínico / Nancy McWilliams ; tradução: Gabriela Wondracek Linck ; revisão técnica: Inúbia Duarte. – 2. ed. – Porto Alegre : Artmed, 2014.
447 p. ; 25 cm.

ISBN 978-85-65852-93-7

1. Psicanálise. I. Título.

CDU 159.964.2

Catálogo na publicação: Ana Paula M. Magnus – CRB 10/2052

Nancy McWilliams

DIAGNÓSTICO PSICANALÍTICO

ENTENDENDO A ESTRUTURA DA
PERSONALIDADE NO PROCESSO CLÍNICO

2ª EDIÇÃO

Tradução:
Gabriela Wondracek Linck

Revisão técnica:
Inúbia Duarte
Psicóloga.

Mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).
Psicanalista Member of the International Psychoanalytical Association.
Fundadora, docente e supervisora no Instituto de Ensino e Pesquisa em Psicoterapia (IEPP).
Sócia jubilada e ex-presidente da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul.
Coordenadora do Mestrado em Psicologia da PUCRS (1978).
Professora titular do Curso de Psicologia e coordenadora da Pós-graduação em Psicologia da PUCRS (1991).
Fundadora e coordenadora do Núcleo de Estudos em Psicoterapia (NEP; 1982-1987).

BIBLIOTECA
DO IEPP



2014

2

Diagnóstico psicanalítico do caráter

A teoria psicanalítica clássica abordou a personalidade de duas maneiras diferentes, cada uma derivada de um modelo anterior de desenvolvimento individual. Na época da teoria da pulsão original, de Freud, foi feita uma tentativa de entender a personalidade por meio da fixação. (Em qual fase de desenvolvimento primário a pessoa está fixada psicologicamente?) Mais tarde, com o desenvolvimento da psicologia do ego, o caráter foi considerado expressão da operação de estilos individuais de defesa. (Quais são os meios típicos dessa pessoa para evitar estados de ansiedade?) Essa segunda forma de entender o caráter não entra em conflito com a primeira; ela propicia uma série de ideias e metáforas diferentes para compreender o que foi entendido como um tipo de personalidade e adiciona aos conceitos da teoria da pulsão algumas concepções sobre como cada um de nós desenvolve seus padrões defensivos adaptativos característicos.

Esses dois rumos de explicação são elementos básicos de minha própria visualização das possibilidades de caráter. Também tento mostrar como modelos relacionais de psicanálise (a teoria britânica das relações de objetos, a psicanálise americana internacional, a psicologia do *self* e as ideias relacionais contemporâneas) podem lançar luz sobre aspectos que concernem à organização do caráter. Além disso, meu entendimento da personalidade foi enriquecido mais por formulações psicodinâmicas menos influenciadas clinicamente, como a formulação dos arquétipos de Jung (1954), a "personologia" de Henry Murray (p. ex., 1938), a "teoria do script" de Silvan Tomkins (1995), a teoria do domínio de controle (p. ex., Silberschatz, 2005) e recente trabalho empírico, ligado especialmente às pesquisas sobre o apego e à neurociência afetiva e cognitiva.

Os leitores podem apontar que estou aplicando ao empreendimento diagnóstico muitos paradigmas diferentes em relação à psicanálise que podem ser vistos como excludentes ou em essência contraditórios. Por ser este livro dedicado a terapeutas e também porque sou, por temperamento, mais uma produtora de sínteses do que uma crítica ou produtora de distinções (compartilho essa sensibilidade com outros escritores terapeutas, como Fred Pine [1985, 1990] e Lawrence Josephs [1992]), evitei defender a superioridade científica ou heurística de qualquer paradigma. Não minimizei o valor das teorias de crítica de avaliação. Minha decisão por não agir de tal maneira deriva dos específicos propósitos clínicos deste livro e de minha observação de outros terapeutas, por meio da qual percebi que a maioria deles procura assimilar uma diversidade de modelos e metáforas, sem perceber que alguns são conceitualmente problemáticos.

Todo novo desenvolvimento da teoria clínica oferece aos profissionais um outro modo de tentar transmitir a pessoas problemáticas que eles desejam de fato entendê-las e ajudá-las. Terapeutas eficazes – e estou supondo que terapeutas eficazes e teóricos brilhantes constituam modelos sobrepostos, mas não idênticos – parecem-me preferir navegar livremente por muitas fontes a se comprometer a favor de uma ou duas teorias e técnicas favoritas. Alguns analistas aderem a ideias dogmáticas, mas isso não enriquece nossa teoria clínica, não contribui para que nossa área estime mais a humildade e aprecie a ambiguidade e a complexidade (cf. Goldberg, 1990a).

Clientes diferentes fazem com que modelos diferentes sejam relevantes: uma pessoa estimula o terapeuta a refletir sobre as ideias de Kernberg, outra se parece com uma personalidade descrita por Horney; e ainda há outra que tem uma fantasia inconsciente tão classicamente freudiana que o terapeuta deseja mergulhar na antiga teoria da pulsão antes de iniciar o tratamento. Stolorow e Atwood (1979; Atwood e Stolorow, 1993) lançaram luz aos processos emocionais subjacentes às teorias da personalidade estudando como os temas centrais da vida de um teórico se tornam as questões que ele focaliza em suas teorias de formação da personalidade, psicopatologia e psicoterapia. Logo, não surpreende que tenhamos tantas concepções alternativas. E mesmo que algumas delas sejam logicamente prováveis, argumentaria que não o são no aspecto fenomenológico; elas precisam ser aplicadas de modo diferente em indivíduos e tipos de caráter diferentes.

Tendo permanecido com meus próprios vieses e minhas específicas predileções, ofereço agora um resumo bastante simplificado de modelos importantes de diagnóstico aliados à tradição psicanalítica. Espero que eles proporcionem aos terapeutas que tiveram pouco contato com a teoria psicanalítica uma base para a compreensão de categorias que são de segunda natureza para os terapeutas analiticamente treinados.

A CLÁSSICA TEORIA DA PULSÃO DE FREUD E SUAS INCLINAÇÕES DE DESENVOLVIMENTO

A teoria original de Freud sobre o desenvolvimento da personalidade era um modelo derivado da biologia que marcava a centralidade nos processos instintivos e descrevia a construção dos seres humanos como um transcurso por uma ordenada progressão de preocupações corporais que passam de orais a anais, fálicas e genitais. Freud teorizou que, na infância e na primeira infância, as disposições naturais das pessoas se inclinam a questões básicas de sobrevivência, experimentadas primeiro de modo profundamente sensual, por meio da alimentação e de outras atividades da mãe quando em contato com o corpo da criança e, mais tarde, por meio da vida que a criança fantasia quanto ao nascimento e à morte e à diferença sexual entre seus pais.

Os bebês e, portanto, os aspectos infantis do *self* que sobrevivem nos adultos foram vistos como caçadores desinibidos de gratificação instintiva, com algumas diferenças individuais quanto à força de suas pulsões. Uma prestação de cuidados apropriada foi construída como uma sensibilidade oscilante entre, de um lado, uma gratificação suficiente para gerar segurança e prazer emocional e, de outro, uma frustração de desenvolvimento apropriada para que a criança aprenda em doses homeopáticas a substituir o princípio do prazer ("Eu quero todas as minhas gratificações, incluindo aquelas que são contraditórias, e agora!") pelo princípio de realidade ("Algumas gratificações são problemáticas, e pelas mais valiosas vale a pena esperar"). Freud falou um pouco também sobre a contribuição dos pais dos pacientes nas psicopatologias que apresentam. No entanto, quando o fez, observou as falhas dos pais envolvendo tanto o excesso de gratificação das pulsões (resultando em uma falta de estímulo para que a criança dê continuidade ao seu desenvolvimento) quanto a total negação dessa gratificação (resultando em uma exigência excessiva, além da capacidade da criança de absorver realidades frustrantes). A relação com os pais era então algo que pendia entre a indulgência e a inibição – e certamente resultante de um modelo intuitivo dos pais e das mães.

A teoria da pulsão postulava que, se foi frustrada ou gratificada em excesso em um estágio psicosexual precoce (por meio da interação entre a aptidão temperamental da criança e a resposta dos pais), uma criança pode se tornar "fixada" em algumas das questões biológicas dessa fase. O caráter era visto como uma expressão de efeitos de longo prazo decorrentes dessa fixação: se um homem adulto tivesse uma personalidade depressiva, era teorizado que havia sido ou negligenciado ou sobrecarregado de gratificações entre o primeiro e o segundo ano de vida (a fase de desenvolvimento oral); se ele fosse obsessivo, era inferido que havia tido problemas entre as idades de um 1 e meio e 3 anos (a fase anal); se fosse histérico,

isso se devia a rejeição, à superestimulação da sensualidade, ou a ambos, entre os 3 e os 6 anos, quando o interesse da criança se volta para os genitais e para a sexualidade (a fase "fálica", na linguagem freudiana orientada por um viés do masculino, posteriormente chamada de "edípica" devido a questões de competição sexual e a fantasias associadas a tais disputas, características desse estágio – um paralelo com os temas da Grécia Antiga e com a história de Édipo). Nos primeiros tempos do movimento psicanalítico, era comum ouvir alguém se referir ao paciente como portador de um caráter oral, anal ou fálico.

Apesar de essas características bastante simplificadas soarem completamente fantasiosas, devo notar que a teoria não é um exagero da imaginação fervorosa de Freud; havia um acréscimo de observações que influenciavam e validavam suas ideias, coletadas não apenas por ele como também por seus colegas. No livro de Wilhelm Reich, *Character Analysis* (1933), a abordagem da teoria da pulsão alcançou seu apogeu. Embora a linguagem de Reich soe arcaica aos leitores contemporâneos, o livro está cheio de fascinantes *insights* sobre os tipos de caráter, e suas observações ainda geram coros entre leitores simpatizantes. Por fim, o esforço em descrever o caráter como completamente baseado em fixações instintivas se provou decepcionante; nenhum analista que conheço, hoje, se apoia em um modelo de fixação baseado na pulsão. Mesmo assim, a área permanece permeada pela sensibilidade de desenvolvimento que Freud inaugurou.

Um eco do modelo original da pulsão é a contínua tendência dos profissionais de orientação psicodinâmica a seguir pensando em termos de processos maturacionais e a entender a psicopatologia em termos de prisão ou conflito em relação a uma fase em particular. Tentativas de pesquisadores psicanalíticos contemporâneos de repensar todo o conceito de estágios de desenvolvimento padronizados até então (Ver Lichtenberg, 2004; D.N. Stern, 2000) inspiraram o entusiasmo por modelos menos lineares e universalizantes, mas esse novo modo de pensar coexiste com uma tendência geral a observar os problemas dos pacientes em termos de alguma tarefa de desenvolvimento abortada, em geral, localizada em alguma fase da primeira infância.

Nos anos 1950 e 1960, a reformulação efetuada por Erik Erikson dos estágios psicosexuais de acordo com tarefas intrapessoais e intrapsíquicas de cada fase recebeu considerável atenção. Embora a obra de Erikson (p. ex., 1950) seja normalmente encarada como parte da tradição da psicologia do ego, sua teoria sobre o estágio de desenvolvimento faz eco a muitas das concepções da teoria da pulsão de Freud. Uma das adições mais estimulantes de Erikson à teoria de Freud foi a renomeação dos estágios em uma tentativa de modificar o biologismo de Freud. A fase oral passou a ser entendida por meio da sua condição de total dependência, na qual o estabelecimento da confiança (ou da falta de confiança) se torna o ponto-chave. A fase anal foi concebida como aquela que envolve a obtenção de

autonomia (ou, se deficiente, a obtenção da vergonha e da dúvida). A luta típica dessa fase pode se dirigir à melhora do funcionamento e ao desenvolvimento das funções excretoras, como notou Freud, mas isso também envolve uma vasta lista de questões relevantes ao aprendizado da criança no que diz respeito ao autocontrole e a entrar em acordo com as expectativas da família e da sociedade. A fase edípica foi vista como uma época fundamental no desenvolvimento do senso básico de eficiência ("iniciativa *versus* culpa") e do sentimento de prazer na identificação com os objetos de afeição.

Erikson, influenciado por experiências como, por exemplo, sua convivência com nativos de tribos *Hopi* norte-americanas, estendeu a ideia das fases e tarefas do desenvolvimento aplicando-a em diferentes idades e culturas. Nos anos 1950, Harry Stack Sullivan (p. ex., 1953) apresentou outra teoria de estágios (de previsíveis "épocas" da infância), que destacava os resultados comunicativos, tais como a linguagem, como indo bem além da satisfação da pulsão. Assim como Erikson, ele acreditava que a personalidade continua a se desenvolver e a mudar até mais ou menos os 6 anos, idade que Freud demarcou como o alicerce do caráter adulto.

A obra de Margaret Mahler (p. ex., Mahler, 1968, 1972a, 1972b; Mahler, Pine e Bergman, 1975) sobre as subfases do processo de separação-individuação, uma tarefa que atinge sua resolução inicial por volta dos 3 anos, foi um passo adiante na conceitualização de elementos relevantes para a posterior estrutura de personalidade. Sua teoria é basicamente relacionada ao objeto, mas fica implícito que os pressupostos de fixação devem muito ao modelo de desenvolvimento de Freud. Mahler desconstruiu os estágios anal e oral e observou o movimento da criança de um estágio de relativo não reconhecimento dos outros (a fase autista, que dura em torno de seis semanas) para o de uma relação simbiótica (que dura mais ou menos dois anos – sendo esse período subdividido em subfases de "diferenciação", "prática", "reaproximação" e "constância objetal") com a condição de individuação e separação psicológica relativa.

Outras observações clinicamente relevantes sobre o desenvolvimento vieram de analistas britânicos. Melaine Klein (1946) escreveu sobre a passagem da criança de uma "posição esquizoparanoide" para uma "posição depressiva". Na primeira, o bebê ainda não percebeu por completo sua separação das outras pessoas, enquanto, na segunda, a criança começa a entender que o cuidador está fora de seu controle onipotente e tem uma mente separada. Mais tarde, Thomas Ogden (1989) localizou

¹ N. de R. T. Fases do processo de separação-individuação; autismo normal; fase simbiótica; fase da separação-individuação – subfases: diferenciação (início mais ou menos aos 5 meses); exploração (início mais ou menos aos 10 meses); reaproximação (início mais ou menos aos 14 meses); a caminho da constância objetal (início mais ou menos aos 20 ou 22 meses até 36 meses (Fonte: MAHLER, Margaret. *O processo de separação-individuação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.)

uma anterior "posição autista-contígua", uma "área de experiência pré-simbólica na qual a forma mais primitiva de sentido é gerada com base na organização das impressões sensoriais, principalmente daquelas da superfície da pele" (p. 4). Ele enfatiza que, além de ver essas posições como estágios de desenvolvimento mais maturacionais, precisamos perceber que todos nós transitamos entre eles, para a frente e para trás, o tempo inteiro.

Tais contribuições foram recebidas com ansiedade pelos terapeutas. Com as teorias de estágio pós-freudianas, eles tinham novos caminhos para compreender como seus pacientes ficaram "emperrados" e para perceber de maneira diferente as mudanças confusas nos estados do *self*. Podiam então oferecer interpretações e hipóteses para seus clientes auto-críticos que iam além de especulações sobre eles terem sido desmamados muito cedo ou muito tarde, ou treinados para ir ao banheiro com muito rigor ou de maneira muito relapsa, ou então por terem sido seduzidos ou rejeitados durante a fase edípica. Em vez disso, podiam agora investigar com os pacientes se suas características refletiam processos familiares que tornaram mais difícil para eles o acesso a um sentimento de segurança, autonomia ou prazer em suas identificações (Erikson), ou sugerir que o destino os privou da crucial importância de um "melhor amigo" na pré-adolescência (Sullivan), ou comentar que a hospitalização de sua mãe quando eles tinham 2 anos sobrecarregou o processo de adaptação normal para tal idade e necessariamente para uma separação ideal (Mahler), ou ainda observar que, naquele momento, eles estão sentindo um terror primitivo porque o terapeuta interrompeu os processos de pensamento deles (Ogden).

Mais recentemente, Peter Fonagy e colaboradores (p. ex., Fonagy, Gergely, Jurist e Target, 2002; Fonagy e Target, 1996) apresentaram um modelo de desenvolvimento de um senso maduro de si mesmo e da realidade caracterizado por uma capacidade de "mentalizar" as razões do outro. A mentalização lembra aquilo que os filósofos chamaram de "teoria da mente" e o que Klein chamou de posição depressiva: a percepção das vidas subjetivas separadas dos outros. Ele observou que crianças transitam de um estágio anterior de "equivalência psíquica", no qual o mundo interno e a realidade externa se equivalem, para um "estágio de fingimento", por volta dos 2 anos, no qual o mundo interno é desacoplado do externo, mas não é guiado por suas realidades (a época dos amigos imaginários), e para a obtenção da capacidade de mentalização e reflexão, pelos 4 ou 5 anos, quando os dois estágios são integrados e a fantasia é claramente distinguível da realidade. Falo mais sobre essa formulação no Capítulo 3, em conexão com a organização da personalidade *borderline*.

Para os terapeutas, esses modelos não eram só interessantes do ponto de vista intelectual; eles proporcionaram maneiras de ajudar as pessoas a se entenderem e a encontrarem explicações com maior autoaceitação – contrá-

rias às usuais explicações internas de que nós mesmos geramos nossas qualidades mais incompreensíveis ("sou feio", "sou mau", "sou preguiçoso e indisciplinado", "sou inerentemente rejeitável", "sou perigoso", etc.). E os médicos podiam então manter sua sanidade de forma mais fácil do que quando corriam atrás de respostas ainda mais incompreensíveis em suas tentativas de entender e ajudar. Por exemplo, um súbito ataque verbal do cliente ao terapeuta pode ser visto como uma regressão à posição esquizoparanoide.

Muitos comentários contemporâneos apontam que nossa propensão a tratar os problemas em termos de desenvolvimento é reduzida demais e válida de forma questionável por evidências empíricas e médicas. L. Mayes (2001, p. 1062), por exemplo, aponta que "mapas que nos orientam no terreno do desenvolvimento são bastante úteis, mas não devem ser levados ao pé da letra". Outros levantaram a discussão sobre padrões psicológicos diferentes em culturas não ocidentais (p. ex., Bucci, 2002; Roland, 2003). Psicólogos contemporâneos que trabalham na linha do desenvolvimento (p. ex., Fischer e Bidell, 1998) desconfiam de fórmulas de estágio simplificadas, dado que o desenvolvimento é um processo dinâmico, sempre em mutação. Conforme meu colega Deirdre Kramer ressaltou (comunicação oral, 20 de julho de 2010), provavelmente seja mais acurado falar de uma "série de possibilidades de desenvolvimento" do que de um "nível" de desenvolvimento.

Ainda assim, persiste a tendência dos terapeutas a encarar os fenômenos psicológicos como resíduos de desafios normais do amadurecimento – talvez refletindo o fato de os modelos de desenvolvimento oferecerem tanto uma simplicidade elegante quanto um humanismo geral, algo que nos é atraente. Existe uma generosidade de espírito, um tipo de qualidade "não existe nada além da sorte", em acreditar que exista um padrão de desenvolvimento arquetípico, progressivo e universal, e que, sob circunstâncias de má sorte, qualquer um de nós pode ficar emperrado em alguma dessas fases. Sem dúvida essa não é uma explicação que baste às diferenças de personalidade, mas é uma importante parte da configuração geral do problema. Um dos eixos ao qual alinhei informações diagnósticas contém esse viés do desenvolvimento na forma de uma organização da personalidade em níveis de separação-indivuação (*borderline*) e edipianos (neuróticos) relativamente indiferenciados (simbiótico-psicóticos).

PSICOLOGIA DO EGO

Com a publicação de *O ego e o id* (1923), Freud introduziu esse modelo estrutural, inaugurando uma nova era teórica. Os analistas deixaram de se interessar por conteúdos do inconsciente e passaram a prestar

atenção nos processos que levam esses conteúdos a ficarem fora da consciência. Arlow e Brenner (1964) defenderam de modo convincente o grande poder explanatório da teoria estrutural, mas também há razões médicas claras para que os terapeutas celebrem as mudanças de foco do id para o ego e do material profundamente inconsciente para os desejos, os medos e as fantasias que estão mais próximos da consciência e mais acessíveis ao terapeuta se forem trabalhadas funções defensivas do ego do paciente. Apresento a seguir um resumo sobre o modelo estrutural e os pressupostos a ele associados, com desculpas aos leitores sofisticados pela brevidade que é dispensada a conceitos tão complexos.

"Id" era o termo que Freud usava para descrever a parte da mente que contém pulsões, impulsos, atitudes pré-racionais, combinações de desejo-medo e fantasias primitivas. Ele procura apenas gratificação imediata e é totalmente "egoísta", operando de acordo com o princípio do prazer. Do ponto de vista cognitivo, ele é pré-verbal, expressando-se por meio de imagens e símbolos. Ele também é pré-lógico; não tem noção de tempo, moral, limitação ou da impossibilidade de opostos coexistirem. Freud chamava isso de "forma arcaica de cognição", a qual sobrevive na linguagem dos sonhos, nas brincadeiras e nas alucinações, "processo primário", por assim dizer. Alguns neurocientistas contemporâneos localizam o id nas amígdalas, a parte ancestral do cérebro envolvida em funções emocionais primitivas.

O id é inteiramente inconsciente. Sua existência e poder podem, no entanto, ser inferidos por seus derivados, como pensamentos, ações e emoções. Na época de Freud, era uma presunção cultural comum pensar que os seres humanos modernos e civilizados eram criaturas motivadas de forma racional que ultrapassaram as sensibilidades dos animais "inferiores" e dos "selvagens" não ocidentais. (A ênfase de Freud em nossa animalidade, incluindo a predominância do sexo como motivador, foi um dos motivos do grau de resistência que suas ideias provocaram em uma era pós-vitoriana.)

"Ego" era o nome que Freud dava a uma série de funções de adaptação às exigências da vida, que buscam maneiras aceitáveis de lidar com a família e a cultura em relação aos esforços do id. Ele desenvolve-se continuamente ao longo da vida, mas de forma mais rápida na infância, tendo início na primeira infância (Hartmann, 1958). O ego freudiano opera de acordo com o princípio de realidade e é sedimentado pela cognição lógica e sequencial orientada pela realidade ou, como se diz, pelo "processo secundário". Ele medeia as demandas do id e os limites reais e éticos, e tem aspectos tanto conscientes quanto inconscientes. Os conscientes são similares ao que muitos de nós queremos dizer quando usamos o termo "self" ou "eu", enquanto os inconscientes incluem processos defensivos, como repressão, isolamento, racionalização e sublimação. O conceito de ego é relativamente compatível com o conhecimento científico contemporâneo do córtex pré-frontal e de suas funções.

Com a teoria estrutural, os terapeutas analistas passaram a contar com uma nova linguagem para significar novos tipos de patologias do caráter; em essência, passaram a admitir que todos desenvolvemos defesas do ego que se adaptam a nossa configuração particular de infância, mas, em relação a um contexto mais amplo, essas defesas podem não funcionar. Um importante aspecto desse modelo tanto para diagnóstico quanto para terapia é a descrição do ego como portador de uma série de operações que vão desde as profundamente inconscientes (p. ex., uma reação intensa de negação diante de situações perturbadoras) até as bem conscientes. No que diz respeito ao tratamento psicanalítico, foi notado que o "ego observador", a parte do *self* do paciente que é consciente e racional e pode comentar sobre a experiência emocional, se alia ao terapeuta em busca de um entendimento do *self* total, enquanto o "ego empírico" tem um senso mais visceral do que está acontecendo na relação terapêutica.

Essa "divisão terapêutica do ego" (Sterba, 1934) foi vista como uma condição necessária à terapia eficaz. Se o paciente não consegue falar a partir de uma posição de observador de suas reações emocionais menos racionais e mais "viscerais", a primeira tarefa do terapeuta é ajudá-lo a desenvolver essa capacidade. A verificação da presença ou da ausência de um ego observador tornou-se soberana no que diz respeito ao valor do diagnóstico, porque a existência de um sintoma ou um problema que seja distônico (estranho) ao ego observador se mostrou de tratamento mais rápido do que um problema aparentemente semelhante que o paciente nunca percebeu ou considerou digno de nota. Essa ideia persiste entre profissionais analistas traduzindo-se na linguagem que caracteriza um estilo ou problema de personalidade como "estranho ao ego" ou "em sintonia com o ego".

O papel básico do ego em perceber e adaptar-se à realidade é a fonte da expressão "força do ego", no que se refere à capacidade de uma pessoa de reconhecer e admitir a realidade, mesmo quando esta é incrivelmente desagradável, sem precisar recorrer a defesas como negação (Bellak, Hurvich e Gediman, 1973). Com o passar de anos de desenvolvimento da teoria clínica psicanalítica, emergiu uma distinção entre as defesas mais arcaicas e as mais maduras, sendo as primeiras caracterizadas pelo ato de evitar ou distorcer fatos perturbadores da vida e, as últimas, por uma acomodação à realidade (Vaillant, 1992; Vaillant, Bond e Vaillant, 1986).

Outra contribuição clínica do movimento da psicologia do ego foi a conclusão de que a saúde psicológica envolve não apenas contar com defesas maduras, mas também a capacidade de usar uma grande variedade de defesas (cf. D. Shapiro, 1965). Em outras palavras, foi reconhecido que a pessoa que reage a todas as angústias com, digamos, projeção ou racionalização, não é tão saudável psicologicamente quanto aquela que conta com um leque de diferentes possibilidades de enfrentamento, sacando sempre aquela que mais se adapta a uma determinada circunstância. Con-

ceitos como "rigidez" da personalidade ou "força de caráter" (W. Reich, 1933) expressam a ideia de que a saúde mental está relacionada com a flexibilidade emocional.

Freud cunhou o termo "superego" para descrever a parte do *self* que superdimensiona as coisas, sobretudo de uma perspectiva moral. (Perceba que Freud escreveu sobre isso em uma linguagem simples, livre de jargões: id, ego e superego são traduções de "isso", "eu" e "acima de mim", respectivamente [consulte Bettelheim, 1983]. Poucos psicanalistas contemporâneos escrevem com a mesma graça e leveza.) *Grosso modo*, sinônimo de "consciência", o superego é a parte do *self* que nos parabeniza quando fazemos o nosso melhor e nos critica quando ficamos abaixo de nossas expectativas e padrões. Ele é uma parte do ego, embora seja com frequência sentido como uma voz interna separada. Freud acreditava que o superego era formado principalmente durante o período edípico, por meio da identificação com os valores dos pais, mas a maioria dos analistas contemporâneos considera que seu surgimento se localize muito antes, nas noções infantis primitivas de bom e mau.

O superego, como o ego do qual se origina, é parte consciente e parte inconsciente. Em tempo, a avaliação que determina se um superego inapropriadamente punitivo é experimentado pelo paciente como estranho ao ego ou em sintonia com ele foi por fim compreendida como portadora de implicações prognósticas importantes. A cliente que afirma ser cruel porque tem maus pensamentos sobre seu pai tem um funcionamento psicológico bastante diverso daquela que diz que "parte" dela parece sentir que está sendo cruel por ter esse tipo de pensamentos. Ambas podem ser pessoas depressivas e autodestrutivas, mas a magnitude do problema da primeira mulher é tão maior que a do problema da segunda que foi considerado justificável um nível diferente de classificação.

Houve desde então benefícios clínicos consideráveis ao desenvolvimento do conceito de superego. A terapia tornou-se muito mais do que uma simples tentativa de tornar consciente aquilo que é inconsciente. O terapeuta e o cliente poderiam ver seu trabalho como também envolvendo uma restauração do superego. Uma meta terapêutica comum, em especial ao longo do século XX (quando muitos adultos de classe média foram criados de modo a desenvolver superegos muito duros), foi ajudar o paciente a reavaliar padrões morais muito rígidos (p. ex., restrições antisssexuais e punição interna para pensamentos, sentimentos e fantasias que não são colocados em ação). A psicanálise como movimento – e Freud como pessoa – foi enfaticamente não hedonista, mas a domesticação de superegos tiranos foi um de seus objetivos mais frequentes. Na prática, isso tende mais a encorajar do que a desencorajar um comportamento ético, já que pessoas com superegos condenatórios costumam se comportar desafiando-os, sobretudo em estados de intoxicação ou em situações nas quais possam racionalizar sua atuação.

Estamos aprendendo que tentativas de expor operações do id para que a pessoa traga à tona sua vida inconsciente produz poucos benefícios terapêuticos se o paciente considerar essa iluminação do caráter uma exposição de suas depravações pessoais.

O empenho da psicologia do ego em descrever processos que são agora resumidos sob a alcunha de "defesa" é centralmente relevante para o diagnóstico do caráter. Assim como podemos tentar entender as pessoas em termos que considerem a fase de desenvolvimento que exemplifica sua luta atual, também podemos tipificá-las de acordo com suas formas características de lidar com a ansiedade e com outros afetos disfóricos. A ideia de que uma função primária do ego é defender o *self* contra a ansiedade decorrente de poderosos esforços instintivos (id), perturbando experiências de realidade (ego) ou sentimentos de culpa e fantasias associadas (o superego) é explicada de forma mais elegante no livro de Anna Freud, *The Ego and the Mechanisms of Defense* (1936).

As ideias originais de Freud incluíram a noção de que reações de ansiedade são causadas por defesas, em particular repressão (esquecimento motivado inconscientemente). Sentimentos "engarrafados" foram vistos como tensões que pressionam para serem descarregadas, tensões que são experimentadas como ansiedade. Quando mudou para a terapia estrutural, Freud reverteu a si mesmo, decidindo que a repressão é uma reação à ansiedade, constituindo-se em apenas um dos vários caminhos com os quais os seres humanos contam para tentar evitar um grau insuportável de medo irracional. Ele começou descrevendo a psicopatologia como um estado no qual uma tentativa de defesa não funcionou, quando a ansiedade toma o lugar do habitual meio de evitá-la ou quando o comportamento que mascara a ansiedade é autodestrutivo. Nos Capítulos 5 e 6 fiz algumas elaborações sobre essas defesas identificadas por Sigmund e Anna Freud, assim como por outros analistas e pesquisadores.

A TRADIÇÃO DAS RELAÇÕES DE OBJETO

Enquanto os psicólogos do ego estavam mapeando o entendimento teórico dos pacientes cujos processos psicológicos estavam sendo iluminados pelo modelo estrutural, alguns teóricos europeus, principalmente da Inglaterra, estavam procurando por processos inconscientes diferentes e suas manifestações. Alguns, como Klein (p. ex., 1932, 1957), trabalhavam com crianças e com pacientes que Freud considerou muito problemáticos para serem passíveis de análise. Esses representantes da "Escola Britânica" de psicanalistas percebiam a necessidade de outra linguagem para descrever os processos que estavam observando. Seu trabalho gerou controvérsia por muitos anos, particularmente devido às personalidades, lealdades e convicções daqueles envolvidos, e em parte porque é difícil escrever sobre

os fenômenos primitivos implicados. Os teóricos das relações de objeto debatiam-se tentando encontrar uma forma de descrever processos pré-verbais e pré-rationais com palavras mediadoras racionais. Apesar de compartilharem o respeito de Freud pelo poder da dinâmica inconsciente, desafiavam esse teórico em muitas questões-chave.

W. R. D. Fairbairn (p. ex., 1954), por exemplo, rejeitou prontamente o biologismo de Freud, propondo que as pessoas buscam mais relacionamento do que satisfação de suas pulsões. Em outras palavras, o bebê está mais focado em *ser alimentado por alguém* e em ter uma experiência de calor e apego do que em apenas conseguir o leite da mãe. Psicanalistas influenciados por Sandor Ferenczi (como Michael e Alice Balint, às vezes referidos como membros da "Escola Húngara" de psicanálise) buscaram estudar as experiências primárias de amor, solidão, criatividade e integridade do *self* que não se aplicam de forma satisfatória à teoria estrutural de Freud. Pessoas com uma orientação voltada às relações de objeto colocaram sua ênfase não na pulsão que foi frustrada durante a infância do paciente, ou em uma fase de desenvolvimento que foi mal negociada, ou em quando as defesas do ego predominaram. Em vez disso, a ênfase recaiu sobre quais eram os principais objetos de amor do mundo infantil do paciente, ou em como essas relações foram experimentadas, como os aspectos dos sentimentos envolvidos foram internalizados e como as imagens e representações internas deles sobrevivem no inconsciente da vida adulta. Na tradição das relações de objeto, as questões edípicas são menores que as de segurança e autonomia, separação e individuação.

O termo "relações de objeto" é lamentável, uma vez que "objeto" em psicanálise normalmente significa "pessoa". Ele deriva de uma antiga explicação de Freud sobre as pulsões instintivas como portadoras de um ponto de partida (alguma tensão corporal), uma meta (alguma satisfação biológica) e um objeto (em geral, uma pessoa, já que as pulsões que Freud via como centrais na personalidade de alguém eram as agressivas e as sexuais). Essa acepção continua em uso apesar de suas conotações mecanicistas e não atraentes, devido a sua derivação e também porque há instâncias em que um importante "objeto" é inumano (p. ex., a bandeira norte-americana para um patriota, o sapato para certo tipo de feticista) ou parte de um ser humano (o peito da mãe, o sorriso do pai, a voz da irmã, etc.).

O próprio trabalho de Freud é receptível ao desenvolvimento e à elaboração da teoria de relação de objeto. Sua percepção da importância dos objetos com os quais a criança se relaciona aparece em seu conceito de "romance familiar", em seu reconhecimento do quanto pode variar a fase edípica da criança, dependendo das personalidades dos seus pais, e também em sua ênfase crescente nos fatores relacionais em tratamento. Richard Sterba (1982) e outros que conheceram Freud afirmaram que ele teria aprovado esse redirecionamento para a psicanálise.

No meio do século XX, as formulações relacionadas ao objeto das escolas britânica e húngara correram paralelamente a um crescente número de pesquisas de terapeutas nos Estados Unidos que se autointitulavam "psicanalistas interpessoais". Esses teóricos, incluindo Harry Stack Sullivan, Erich Fromm, Karen Horney, Clara Thompson, Otto Will, Frieda Fromm-Reichmann e Harold Searles, estavam, como seus colegas europeus, tentando trabalhar com pacientes mais seriamente perturbados. Eles diferiam dos analistas das relações de objeto do outro lado do Atlântico sobretudo no que diz respeito à ênfase dos primeiros na natureza internalizada das relações de objeto primárias: os terapeutas baseados na teoria norte-americana tendiam a colocar menos ênfase nas persistentes imagens inconscientes dos objetos primários e nos aspectos dos objetos. Ambos os grupos retiraram a ênfase no terapeuta como um portador e transmissor de *insights* e se concentraram mais na importância de estabelecer uma segurança emocional. Fromm-Reichmann (1950) observou muito bem que "o paciente precisa de uma experiência, não de uma explicação".

Freud voltou-se a uma teoria interpessoal de tratamento quando parou de considerar as transferências de seus pacientes distorções que deveriam ser investigadas e passou a vê-las como demonstração de um contexto emocional necessário à cura. Enfatizando o valor da capacidade do paciente em exorcizar uma imagem interna de um parente problemático por meio da visualização dessa imagem no analista e desafiando-o, ele notou que é "impossível destruir alguém *in absentia* ou em *effigie*" (1912, p.108). A convicção de que a conexão emocional entre o terapeuta e o cliente constitui o fator de cura mais vital da terapia é o princípio central que rege os terapeutas analíticos contemporâneos (Blagys e Hilsenroth, 2000). Isso também é validado por uma obra empírica considerável sobre resultado psicoterápico (Norcross, 2002; Strupp, 1989; Wampold, 2001; Zuroff e Blatt, 2006) e parece se aplicar tanto às terapias não psicodinâmicas quanto às psicodinâmicas (Shedler, 2010).

Os conceitos da teoria das relações de objeto permitiram que os terapeutas estendessem sua empatia para a área que se relaciona a como seus clientes experimentam suas conexões interpessoais. Eles podem estar em um estado de fusão psicológica com outra pessoa na qual o *self* passa a ser indistinguível do objeto. Eles podem estar em um espaço diádico, no qual o objeto é sentido tanto a favor quanto contra eles. Ou podem ver os outros como completamente independentes deles. Nessa teoria, o movimento da criança que vai da simbiose experimental (primeira infância), passando pelas lutas eu-contra-você (mais ou menos aos 2 anos) e por identificações mais complexas (3 anos ou mais) é mais enfatizado do que nas preocupações edípicas, anais ou orais desses estágios. A fase edípica foi percebida como um marco cognitivo, e não apenas psicossocial, sendo considerada representante de uma vitória sobre o egocentrismo infantil quando a criança passa a entender que outras duas pessoas (os pais, no

paradigma clássico) podem se relacionar uma com a outra sem que ela (a criança) esteja envolvida.

Conceitos de teóricos europeus sobre as relações de objeto e os interpersonais norte-americanos alcançaram avanços significativos no tratamento psicanalítico porque o funcionamento psicológico de muitos clientes, em especial daqueles sofrendo de psicopatologias mais sérias, não é descrito com facilidade em termos de *id*, *ego* e *superego*. Em vez de ter um *ego* integrado a uma função auto-observadora, essas pessoas parecem ter diferentes "estados de *ego*", condições mentais nas quais se sentem e se completam de uma mesma forma, frequentemente de modo contrastante com a maneira como pensavam e agiam em outras ocasiões. No auge desses estados, elas podem não ser capazes de pensar de forma objetiva sobre o que lhes está acontecendo e podem insistir que suas experiências emocionais atuais são naturais e inevitáveis, dadas suas respectivas situações.

Os terapeutas que tentam ajudar esses pacientes complexos aprendem que o tratamento pode ser melhor se for possível investigar qual progenitor interno, ou outro objeto primário importante, é ativado em determinada situação, em vez de tentarem se relacionar com eles como se tivessem um *self* consistente, com defesas adequadas. Logo, a chegada do ponto de vista das relações de objeto tem significativas implicações no que diz respeito a aumentar o escopo e o nível do tratamento (L. Stone, 1954). Os terapeutas podem então dar ouvidos às vozes de "introjeções", aquelas internalizadas que influenciaram a criança e sobreviveram no adulto e das quais o cliente ainda não atingiu uma separação psicológica satisfatória.

De acordo com essa formulação, o caráter pode ser visto como um conjunto de padrões estáveis de se comportar ou como um modo de, inconscientemente, induzir os outros a se comportarem de acordo com os objetos vivenciados na infância precoce. A "estável instabilidade" do cliente *borderline* (Schmideberg, 1947; Kernberg, 1975) tomou-se em teoria mais compreensível e, assim, mais aplicável clinicamente. Com as metáforas e os modelos da teoria das relações de objeto, filtradas por meio das imagens internas e das reações emocionais do terapeuta ao discurso do paciente, um profissional tem hoje mais meios de entender o que está acontecendo na terapia, em especial quando um *ego* observador não está acessível. Por exemplo, quando um paciente perturbado entra em uma diátribe paranoide, o terapeuta pode entender isso como uma recriação de situações em que o cliente se sentiu abandonado ou injustamente criticado na infância.

Um novo entendimento da contratransferência emergiu da comunidade psicanalítica, refletindo o conhecimento clínico acumulado e a inclinação às obras de teóricos das relações de objeto que escrevem sobre suas reações internas aos pacientes. Nos Estados Unidos, Harold Searles distinguiu-se por representações francas de tempestades contratransferenciais normais, como em seu artigo de 1959 sobre os esforços de pessoas psicóticas em enlouquecer os terapeutas. Na Inglaterra, D. W. Winnicott foi um

dos mais bravos autorreveladores, como demonstra em seu famoso texto de 1949, "Hate in the Countertransference". Freud considerou muitas reações emocionais fortes a pacientes como evidência de autoconhecimento incompleto do analista e também da inabilidade desses profissionais em manter uma atitude de disposição positiva (inclusive fisicamente) em relação à outra pessoa da sala. Em contraste com essa posição racional e atraente, analistas trabalhando com clientes psicóticos e com aqueles que hoje diagnosticamos como *borderline*, ou traumatizados, ou com transtorno da personalidade, têm descoberto que um dos melhores meios de compreender essas pessoas sobrecarregadas, desorganizadas, desesperadas e atormentadas é a sua própria resposta contratransferencial intensa a esses pacientes.

Nessa linha, Heinrich Racker (1968), um analista sul-americano influenciado por Klein, apresentou as clinicamente úteis categorias de contratransferências "concordante" e "complementar". O primeiro termo se refere ao terapeuta sentindo (empaticamente) o que o paciente sentiu quando criança em relação a um objeto primário; o segundo representa o terapeuta sentindo (sem empatia, do ponto de vista do cliente) o que o objeto sentiu em relação à criança.

Por exemplo, certa vez, um de meus pacientes parecia não evoluir ao longo de muitas sessões. Notei que toda vez que mencionava alguém, adicionava um tipo de "nota de rodapé" verbal, como "Marge é a secretária do terceiro andar que almoça comigo às quintas-feiras" – mesmo se já tivesse falado muitas vezes de Marge antes. Comentei sobre esse hábito e disse que me fazia pensar se alguém da família dele não o havia escutado com atenção no passado. Ele parecia estar certo de que eu não lembrava qualquer das figuras fundamentais em sua vida no presente. E protestou furioso, insistindo que os pais sempre se interessaram muito por ele – em especial sua mãe. Então começou uma longa defesa dela, durante a qual comecei a ficar muito entediada, mesmo sem realmente perceber. De repente, dei-me conta de que não havia ouvido nada do que ele dissera por muitos minutos. Estava imaginando de que forma iria apresentar meu atual trabalho com ele como um estudo de caso a alguns de meus colegas mais proeminentes e em como minha contribuição nesse caso iria impressioná-los em razão de minhas habilidades. Quando me liberei dessa reverência narcisista e comecei a ouvi-lo de novo, fiquei fascinada com o que dizia, defendendo sua mãe contra o ataque de falta de atenção e contando que, cada vez que se apresentava em uma peça da escola, ela costurava para ele a roupa mais bonita da classe, melhor do que as que haviam sido feitas pelas mães de todos os colegas; depois falou sobre como ela ensaiava com ele cada linha do diálogo muitas e muitas vezes e como, no dia da peça, ela sentava na primeira fileira, radiante de orgulho.

Em minha fantasia, tornei-me assustadoramente como a mãe da infância dele, interessada nele mais como uma projeção da minha própria reputação. Racker (1968) chamaria essa contratransferência de complemen-

tar, já que meu estado emocional pareceu se equiparar ao de um dos objetos significativos da infância do paciente. Se, em vez disso, eu tivesse me sentido exatamente como o cliente em seus tempos de criança, um sentimento de que eu não estava sendo atendida, mas avaliada por ele, sobretudo de acordo com as maneiras que tenho de aumentar sua autoestima (um resultado também possível que pode surgir da atmosfera emocional entre nós), então minha contratransferência seria considerada concordante.

Esse processo inconsciente de indução a atitudes comparáveis às que-las assimiladas na primeira infância pode parecer um tanto místicos. Mas existem maneiras de olhar para tais fenômenos que podem torná-los mais compreensíveis. Nos primeiros 1 ou 2 anos de vida, muito da comunicação entre as crianças e os outros é não verbal. As pessoas que se relacionam com bebês descobrem o que eles precisam principalmente baseadas em reações intuitivas e emocionais. A comunicação não verbal pode ser muito poderosa; quem já cuidou de um bebê, ou foi levado às lágrimas por uma melodia, ou se apaixonou de modo inexplicável sabe do que estou falando. Desde a primeira edição deste livro, houve uma explosão de pesquisas neurocientíficas sobre o entendimento do desenvolvimento de crianças (Beebe e Lachmann, 1994; Sasso, 2008) – sobre a comunicação "do cérebro direito para o cérebro direito" (Fosha, 2005; Schore, 2003a, 2003b; Trevarthen e Aitken, 1994), o papel dos neurônios espelhados (Olds, 2006; Rizzolatti e Craighero, 2004) e o modo como os cérebros tanto do cliente quanto do terapeuta mudam em conexão emocional íntima, inclusive na terapia (Kandel, 1999; Tronick, 2003) – atendendo à torcida de Freud (1895) para que um dia tivéssemos explicações neurológicas e químicas para o que ele podia descrever apenas em metáforas.

Antes que tivéssemos estudos em imagem de ressonância magnética funcional (IRMf), as teorias analíticas criaram estruturas hipotéticas para descrever esses processos, admitindo que, ao fazer contato, caímos em um reconhecimento primário infantil que tanto precede quanto transcende as interações lógicas e formais que colocamos facilmente em palavras. O fenômeno do processo paralelo (Ekstein e Wallerstein, 1958), o entendimento do que supõe as mesmas fontes emocionais e pré-verbais, foi documentado de forma extensiva na literatura sobre supervisão. A transformação da contratransferência de obstáculo para habilidade é uma das contribuições mais importantes da teoria das relações de objeto (ver Ehrenberg, 1992; Maroda, 1991).

PSICOLOGIA DO SELF

A teoria influencia a prática e também é influenciada por ela. Quando um número suficiente de terapeutas se pronuncia em relação a aspectos da psicologia que não parecem mais se adequar aos modelos que prevale-

cem, é tempo de uma mudança de paradigma (Kuhn, 1970; Spence, 1987). Nos anos 1960, muitos profissionais relatavam que os problemas de seus pacientes não podiam ser bem descritos na linguagem dos modelos analíticos existentes, as principais queixas de muitas pessoas que procuravam tratamento não podiam ser reduzidas a um problema de mau manejo das urgências do instinto e seus inibidores (teoria da pulsão), nem à operação inflexível de defesas particulares contra a ansiedade (psicologia do ego), nem a uma ativação de objetos internos que o paciente diferenciou inadequadamente (teoria das relações de objeto). Tais processos podem ser inferidos, mas a eles falta tanto uma economia de explicação quanto o verdadeiro poder explanatório que se espera de uma boa teoria.

Em vez de parecerem cheios de introjeções tempestuosas e primitivas, como descrito pela teoria das relações de objeto, muitos pacientes do meio do século estavam reportando sentimentos de vazio – pareciam desprovidos de objetos internos em vez de sobrecarregados por eles. Falta-lhes um senso de direção interna e valores confiáveis que os orientassem; então faziam terapia para encontrar algum sentido na vida. Na superfície, podiam parecer seguros de si, mas internamente estavam em uma constante busca de segurança em relação a serem aceitos, admirados ou valorizados. Mesmo entre clientes que relataram problemas de outra ordem, era evidente um sentimento de confusão interna quanto a autoestima e a distinção dos valores de base.

Em sua necessidade crônica de reconhecimento por parte de fontes externas, tais pacientes foram considerados por pessoas de orientação analítica portadores de sérios problemas em relação ao narcisismo, mesmo quando não se encaixavam no perfil do caráter narcisista "fálico" (arrogante, vaidoso, charmoso) que W. Reich (1933) delineou. Eles evocavam uma contratransferência relevante não pela intensidade, mas pelo tédio, pela impaciência e pela vaga irritação. Pessoas tratando desse tipo de cliente reportaram que eles se sentem insignificantes, invisíveis e mesmo subestimados ou superestimados pelo terapeuta. Este pode não se sentir percebido como outra pessoa real tentando ajudar, mas como um receptáculo das inflações e deflações emocionais do cliente.

A perturbação dessas pessoas parecia ser central em relação ao que eram, a quais eram seus valores e ao que lhes mantinha a autoestima. Elas podiam às vezes dizer que não sabiam quem eram ou o que, realmente, lhes importava: a questão parecia ser a necessidade de um reassguramento de que elas são importantes. De um ponto de vista tradicional, elas com frequência não pareciam visivelmente "doentes" (tinham controle de impulso, força de ego, estabilidade interpessoal), mas também nunca haviam sentido um pouco de prazer na vida e nem um pouco de orgulho de si mesmas. Alguns profissionais as consideraram intratáveis. Outros as trataram apoiados nos modelos psicodinâmicos existentes (p. ex., Erikson e Rollo May sobre psicologia do ego, Kernberg e Masterson sobre relações de

objeto); e outros buscaram novos caminhos. Carl Rogers (1951, 1961) abandonou toda a tradição psicanalítica para desenvolver a teoria e a terapia que têm como marca o desenvolvimento do *self* e a autoestima.

No que diz respeito à psicanálise, Heinz Kohut formulou uma nova teoria do *self*: seu desenvolvimento, possível distorção e tratamento. Enfatizou a necessidade normal de idealizar e as implicações em uma psicopatologia adulta que podem surgir naqueles que cresceram sem objetos que pudessem ser a princípio idealizados e pouco a pouco desidealizados sem traumas. As contribuições de Kohut (p. ex., 1971, 1977, 1984) mostraram-se valiosas não apenas para aqueles que estavam buscando novos modos de entender e ajudar clientes narcisicamente comprometidos; também entenderam uma reorientação geral em direção ao entendimento das pessoas em termos de estruturas, representações de imagens do *self* e de como alguém passa a depender de processos internos para alcançar a autoestima. A percepção do vazio e da dor daqueles sem um superego confiável passa a coexistir com a compaixão que os analistas já sentiam por aqueles superegos excessivamente severos.

O corpo de trabalho de Kohut, sua influência sobre outros autores (p. ex., George Atwood, Sheldon Bach, Michael Basch, James Fosshage, Arnold Goldberg, Alice Miller, Andrew Morrison, Donna Orange, Paul e Anna Ornstein, Estelle Shane, Robert Stolorow, Ernest Wolf) e o tom geral que se instaurou na reformulação de questões psicológicas tiveram implicações importantes para o diagnóstico. Essa nova forma de conceitualizar o material clínico adicionou à teoria analítica a linguagem do *self* e encorajou os avaliadores a entender as dimensões das experiências de *self* das pessoas. Os terapeutas começaram a verificar que, mesmo em pacientes que não chamavam atenção por seu narcisismo, era possível observar operação de processos ligados ao suporte da autoestima, da autocoesão e do senso de continuidade do *self* – funções que não haviam sido destacadas na literatura anterior. As defesas ganharam um novo conceito, passando a ser vistas não só como um meio de proteger uma pessoa da ansiedade em relação aos perigos do id, do ego ou do superego, mas também para sustentar um senso consistente e positivo do *self* (Goldberg, 1990b). Entrevistadores podiam entender melhor seus pacientes perguntando, em adição às questões tradicionais sobre defesa ("Do que esta pessoa tem medo? Quando amedrontada, o que esta pessoa faz?" [Waelder, 1960]), "O quão vulnerável é a autoestima desta pessoa? Quando está em tratamento, o que ela faz?".

Um exemplo clínico pode mostrar como essa adição à teoria é útil. Dois homens podem ser depressivos do ponto de vista clínico, com basicamente os mesmos sinais vegetativos (problemas de sono, distúrbios alimentares, choro excessivo, retardo psicomotor, etc.), mas com experiências subjetivas bem diferentes. Um sente-se mal em relação à deficiência moral. Está considerando o suicídio porque acredita que sua existência

apenas agrava os problemas do mundo e que fará um favor ao planeta removendo sua influência corrupta dele. O outro não se sente moralmente cruel, mas vazio, cheio de defeitos e feio. Também está considerando suicidar-se, não para melhorar o mundo, mas porque não vê razões para continuar vivo. O primeiro sente uma culpa profunda, o segundo uma vergonha difusa. Em termos de relações de objeto, o primeiro está muito sobrecarregado de outros internos acusando-o de ser mau; o segundo não conta com coisa alguma, internamente, que possa lhe fornecer uma direção.

A discriminação diagnóstica entre o primeiro tipo de depressão ("melancolia", na literatura psicanalítica antiga, e "depressão introjetiva" mais recentemente [Blatt, 2008]) e o segundo, um estado mental mais narcisista (a depressão "analítica", de Blatt) é uma das mais importantes por razões muito práticas. O homem com o primeiro tipo de experiência depressiva não vai responder de modo positivo a um tom simpático ou solidário do entrevistador; irá sentir-se mal compreendido como uma pessoa merecedora de mais do que de fato merece, e ficará mais deprimido. Aquele com o segundo tipo de experiência subjetiva se sentirá aliviado se o terapeuta demonstrar uma expressão direta de preocupação e disposição em ajudar; o seu vazio será temporariamente suprido, e a agonia de sua vergonha será mitigada. Direi mais sobre isso mais tarde, mas o importante aqui é salientar que os sistemas de referência ao *self* psicológico tiveram um grande valor diagnóstico.

O MOVIMENTO RELACIONAL CONTEMPORÂNEO

Winnicott (1952) afirmou, de modo provocativo e memorável, que não existe nada igual a um bebê. Enfatizou que há um sistema interpessoal entre este e o cuidador, já que o bebê não pode existir a não ser sob específicas condições de cuidado. De modo semelhante, teóricos psicanalistas contemporâneos desafiaram a concepção de que exista algo como uma discreta, estável e separada personalidade; preferiram considerar uma série de estados do *self* que surgem em diferentes contextos interpessoais. As mais importantes inovações teóricas recentes começaram a ser colocadas em prática depois da divulgação de um texto de 1983, de Jay Greenberg e Steven Mitchell, que contrastava os modelos psicológicos de pulsão e ego com teorias relacionais (interpessoal, relação de objeto, *self* psicológico). Desde essa época tem havido uma mudança notável na conceitualização do processo clínico, geralmente chamada de "virada relacional" (ver S. A. Mitchell, 1988), na qual a natureza subjetiva inevitável da situação clínica foi enfatizada.

Acadêmicos como Louis Aron, Jessica Benjamin, Philip Bromberg, Jodie Davies, Adrienne Harris, Irwin Hoffman, Owen Renik e Donnell Stern desafiaram noções tradicionais de que a objetividade do terapeuta

ou sua neutralidade emocional são possíveis ou mesmo desejáveis, e enfatizaram as contribuições da vida inconsciente do terapeuta tanto na situação clínica quanto em relação ao paciente. Apesar de sua óbvia falta de simetria, as experiências de relacionamento entre o paciente e o terapeuta são vistas como mútuas e construídas em parceria (Aron, 1996), o terapeuta não é concebido com um "conhecedor" objetivo, mas como um parceiro de descobertas do funcionamento psicológico do paciente na medida em que contribui para os inevitáveis decretos sobre os relacionamentos entre "duas pessoas" presentes nos mais importantes temas interpessoais do cliente.

Psicanalistas relacionais têm estado mais interessados no processo terapêutico do que nas estruturas de hipótese, como as de caráter; de fato, muitas preocupações explícitas que falam sobre a personalidade como um tipo de fenômeno fixo e padronizado ignoram as evidências que se dirigem à construção contínua de conhecimento e a experiências do *self* que são mais dependentes de certos estados emocionais do que dos aspectos pulsionais da personalidade. Contudo, a mudança de paradigma que eles operaram afetou o modo de pensarmos a personalidade e as implicações disso na prática. Por meio da desconstrução⁵ de conceitos tradicionais, esses analistas podem analisar os pacientes de uma forma, digamos, antisséptica (de acordo com Heisenberg [1927], nem os elétrons podem ser observados sem que o ato de observação afete o que está sendo observado); os analistas relacionais abriram as portas para a percepção das contribuições de personalidade tanto do terapeuta quanto do paciente, por meio da busca de entendimento do que está acontecendo entre eles na terapia.

Em resposta aos desafios clínicos apresentados por pessoas com histórico de abuso emocional ou sexual, muito do pensamento relacional se voltou ao velho foco de Freud no trauma, mas com mais ênfase nos processos dissociativos do que nos repressivos. As contribuições dos analistas relacionais, junto com os avanços das neurociências e das pesquisas de desenvolvimento da criança, mudaram algumas das aceções sobre a estrutura psíquica, especialmente em contextos que promovem a dissociação. Falo sobre isso de modo mais detalhado no Capítulo 15.

Da perspectiva do diagnóstico psicológico, talvez uma das mais importantes contribuições de análise do movimento relacional seja a sensibilidade dessa teoria em relação a experiência não formulada (D. B. Stern, 1997, 2009), construção social de sentido (Hoffman, 1998), múltiplos estados do *self* (Bromberg, 1991, 1998) e a dissociação (Davies e Frawley, 1994); todas elas abarcam modos de pensar sobre a experiência do *self* que implicam mais fluidez e abertura do que conseguiu reconhecer a teoria tradicional. Dada a velocidade das mudanças tecnológicas e sociais ao longo do último quarto de século, não surpreende que uma posição teórica mais funda-

⁵ N. de R. T. Desconstrução deve ser entendida como uma compreensão minuciosa, detalhada, ampliada, estudada de modo profundo.

mental tenha emergido em uma área em que a inconstância e a construção colaborativa da experiência são pressupostos fundamentais.

OUTRAS CONTRIBUIÇÕES PSICANALÍTICAS À AVALIAÇÃO DA PERSONALIDADE

Além da pulsão, da psicologia do ego, das relações de objeto, das orientações relacionais e do *self*, há diversas outras teorias dentro do esquema psicanalítico que afetaram nossas conceitualizações do caráter. Elas incluem (mas não se resumem a) ideias de Jung, Adler e Rank; a "personalogia" de Murray (1938); a "psicanálise moderna" de Spotnitz (1976, 1985); a "teoria do *script*" de Tomkins (1995); a teoria do "melhoramento do controle" de Sampson e Weiss (Weiss, 1993); os modelos biológicos evolucionistas (p. ex., Slavin e Kriegman, 1990), a teoria contemporânea de gêneros (p. ex., A. Harris, 2008) e a obra de Jacques Lacan (Fink, 1999, 2007). Faço referência a alguns desses paradigmas nos capítulos seguintes. Não resisto a ressaltar minha previsão, na primeira edição deste livro, de que os psicanalistas logo iriam aplicar a teoria do caos (teoria do sistema geral não linear) às questões clínicas, uma profecia que tem se cumprido (Seligman, 2005).

Para concluir este capítulo, gostaria de comentar que as teorias analíticas enfatizam temas e dinamismo, e não peculiaridades; por isso, o termo "dinâmica" ainda se aplica. É a percepção de padrões oscilantes que enriquece as noções analíticas de caráter e as torna mais genuinamente clínicas do que uma lista de atributos estáticos, encontrada na maioria dos instrumentos de avaliação e em compêndios como o DSM. As pessoas acabam se organizando em dimensões que têm importância para elas, e é típico apresentarem características que expressem as polaridades de qualquer dimensão fundamental. Philip Slater (1970) resumiu essa ideia sucintamente em um comentário de nota de rodapé sobre a biografia e a crítica literárias modernas:

Gerações de humanistas excitaram-se e estimularam seus leitores ao mostrar as "contradições" e os "paradoxos" do caráter de uma pessoa ficcional ou real, simplesmente porque um traço característico e seu oposto coexistem na mesma pessoa. Mas, na verdade, traços característicos e seus opostos sempre coexistem se são intensos, e toda a tradição de encontrar paradoxos de caráter de forma inteligente depende da ingenuidade do leitor para que exerça impacto. (p. 3n-4n)

Assim, admita-se que pessoas com conflitos de isolamento possam ficar tristes tanto com a proximidade quanto com a ausência. Aquelas que buscam o sucesso a todo custo são as que mais se sabotam. A pessoa maníaca é, do ponto de vista psicológico, mais semelhante ao indivíduo depressivo do que

ao esquizoide; um homem compulsivamente promíscuo tem mais em comum com alguém que resolveu um conflito sexual com o celibato do que com alguém que faz muito sexo mas não tem uma relação problemática com isso. As pessoas são complicadas, mas suas complexidades não são aleatórias. As teorias analíticas nos oferecem modos de ajudar nossos clientes a entender o sentido de ironias aparentemente inexplicáveis e absurdas de suas vidas e a transformar suas vulnerabilidades em forças.

RESUMO

Descrevi brevemente muitos dos mais importantes paradigmas clínicos da psicanálise: a teoria da pulsão, a psicologia do ego, a teoria de relação de objeto, a psicologia do *self* e a sensibilidade relacional contemporânea. Enfatizei suas respectivas implicações para a conceitualização do caráter, com atenção às inferências clínicas que podem ocorrer por meio da observação de pessoas através de diferentes lentes. Também notei outras influências nas ideias dinâmicas sobre estrutura de caráter e consequências para a teoria. Essa revisão poderia apenas acender as luzes sobre mais de 100 anos de fermento intelectual, controvérsia e desenvolvimento teórico.

SUGESTÕES PARA OUTRAS LEITURAS

Para aqueles que nunca o leram, acho que a melhor maneira de entender um pouco sobre o primeiro Freud e o nascimento de sua teoria da pulsão é a leitura de *A interpretação dos sonhos* (1900), pulando as partes nas quais ele se refere às controvérsias contemporâneas ou desenvolve grandes esquemas metafísicos. Seu *Outline of Psycho-Analysis* (1938) oferece um resumo de sua teoria posterior, mas o considero muito condensado e seco; o livro de Bettelheim, *Freud and Man's Soul* (1983), preenche suas lacunas. O livro de Freud *The Psychopathology of Everyday Life* (1901) permanece uma fácil leitura de entretenimento para os que nunca tiveram contato com essa mente genial. A obra de Michael Kahn, *Basic Freud* (2002), é um texto de grande ajuda didática não habitual que toca nas questões centrais da psicanálise e das ideias psicanalíticas. Para uma interessante exploração dos tipos de personalidade na tradição de Jung, consulte *The Matrix and Meaning of Character* (2007), de Dougherty e West.

Para uma revisão fascinante e de fácil leitura da história e da política das teorias psicanalíticas, consulte o livro de Jeremy Safran, *Psychoanalysis and Psychoanalytic Therapies* (no prelo). Para um resumo dos conceitos da psicologia do ego e sua relevância para a prática, consulte *Ego Psychology* (1974), de Blanck. A obra de Guntrip intitulada *Psychoanalytic Theory, Therapy, and the Self* (1971) é um modelo de humanitarismo psicanalítico e contextualiza a teoria de relação de objeto, assim como o faz o bem-escrito estudo de Symington (1986). Hughes (1989) explicou maravilhosamente bem Klein, Winnicott e

Fairbairn, Fromm-Reichmann (1950) e Levenson (1972) são grandes entendedores de interpersonalistas norte-americanos.

Para fontes da psicologia do *self*, o livro de Kohut, *The Analysis of the Self* (1971), é quase impenetrável para iniciantes, mas *The Restoration of the Self* (1977) é de boa fruição. A obra de E. S. Wolf, *Treating the Self* (1988), traduz de forma acessível a teoria em prática. O livro de Stolorow e Atwood, *Contexts of Being* (1992), é uma introdução de leitura agradável ao ponto de vista intersubjetivo. A obra de Lawrence Joseph, *Character Structure and the Organization of the Self* (1992), é de grande ajuda ao resumir a teoria da personalidade psicanalítica com construtos relacionais e do *self* e suas implicações clínicas, assim como os livros de Fred Pine (1985, 1990).

Para uma introdução à teoria do melhoramento de controle, consulte a obra de George Silberschatz, *Transformative Relationships* (2005). Para ler textos fundamentais sobre o movimento relacional, consulte *Relational Psychoanalysis* (1999), de Mitchell e Aron; Paul Wachtel (2008) escreveu um texto que integra várias teorias a partir dessa perspectiva. Para uma revisão de leitura agradável das teorias psicanalíticas mais importantes, recomendo em especial *Freud and Beyond* (1995), de Mitchell e Black. Contribuições empíricas para a teoria de personalidade psicanalítica podem ser consultadas em várias revisões existentes no *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM Task Force, 2006). Morris Eagle (2011) recentemente publicou uma revisão e crítica histórica brilhante envolvendo a teoria psicanalítica. Para uma exposição vívida de como a prática analista aplica a teoria (sobretudo Winnicott, Lacan e Klein), leia as ideias de Deborah Luepnitz (2002) sobre cinco casos em *Schopenhauer's Porcupines*, livro tão absorvente quanto um bom romance.

3

Níveis de desenvolvimento da organização da personalidade

Este capítulo tem como foco o que muitos analistas viram como questões de amadurecimento diluídas no caráter de uma pessoa – a empreitada inacabada ou impedida do antigo desenvolvimento do funcionamento psicológico: o que Freud chamou de fixação e o que analistas posteriores chamaram de aprisionamento do desenvolvimento. Muitos escritos psicanalíticos sobre a personalidade concluíram que, quanto mais precoce é a fase em que está situado um obstáculo de desenvolvimento, mais perturbada é a pessoa. Essa crença é uma exagerada simplificação e de certa forma é simplesmente errada (ver Fischer e Bidell, 1998; Westen, 1990). Mas, em relação a propósitos de introdução de um modo de pensar sobre caráter que pode ser clinicamente útil, mantenho-me distante da revisão tradicional, assim como das tentativas mais recentes para considerar as diferenças gerais que permeiam a saúde psicológica e a estrutura de personalidade.

Historicamente, os analistas têm concebido uma visão geral do funcionamento mental como um *continuum*, do mais perturbado ao mais saudável. Eles construíram, de forma explícita e implícita, a personalidade individual como organizada em um nível específico do desenvolvimento e estruturada pelo estilo defensivo característico do indivíduo. A primeira dimensão abrange conceitos para o grau de crescimento psicológico ou de patologia de uma pessoa (psicótica, *borderline*, neurótica, “normal”); a segunda identifica o tipo de caráter dessa pessoa (paranoico, depressivo, esquizoide, etc.).

Um grande amigo meu, um homem sem experiência em psicoterapia, que não podia imaginar como alguém pode se meter em uma área na qual se passa uma hora ou mais ouvindo os problemas das pessoas, estava tentando entender meu interesse em escrever este livro. “Para mim é simples”, ele comentou. “Tenho apenas duas categorias para as pessoas: (1) loucas (2) não