



PSICANÁLISE

Wilfred R. Bion

No entanto...
pensando melhor

Blucher

KARNAC

NO ENTANTO...
PENSANDO MELHOR

W. R. Bion

Tradução

Paulo Cesar Sandler

Authorised translation from the English language edition by
Estate of Francesca Bion.

No entanto... pensando melhor

Titulo original: *Second thoughts*

© 1967 The Estate of Wilfred R. Bion

First published in 1967 by William Heinemann Medical Books,
London; it was reprinted in 1984 by Karnac Books, London.

© 2022 Editora Edgard Blucher Ltda.

Publisher Edgard Blücher

Editor Eduardo Blücher

Coordenação editorial Jonatas Eliakim

Produção editorial Lidiane Pedroso Gonçalves

Preparação de texto Maurício Katayama

Diagramação Negrito Produção Editorial

Revisão de texto Bárbara Waida

Capa Leandro Cunha

Blucher

Rua Pedroso Alvarenga, 1245, 4º andar

04531-934 – São Paulo – SP – Brasil

Tel.: 55 11 3078-5366

contato@blucher.com.br

www.blucher.com.br

Segundo o Novo Acordo Ortográfico, conforme

6. ed. do *Vocabulário Ortográfico da Língua*

Portuguesa, Academia Brasileira de Letras,

julho de 2021.

É proibida a reprodução total ou parcial por
quaisquer meios sem autorização escrita da
editora.

Todos os direitos reservados pela Editora Edgard
Blücher Ltda.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Angélica Ilacqua CRB-8/7057

Bion, Wilfred R. (Wilfred Ruprecht), 1897-1979

No entanto... pensando melhor / Wilfred
Ruprecht Bion ; Paulo Cesar Sandler. – São Paulo :
Blucher, 2022.

248 p.

Bibliografia

ISBN 978-65-5506-157-4 (impresso)

ISBN 978-65-5506-154-3 (eletrônico)

1. Psicanálise. 2. Esquizofrenia. 3. Psicoses.
I. Título. II. Sandler, Paulo Cesar.

21-3419

CDD 150.195

Índice para catálogo sistemático:

1. Psicanálise

Conteúdo

1. Introdução	7
2. O gêmeo imaginário	11
3. Notas sobre a teoria da esquizofrenia	37
4. Desenvolvimento de um pensar esquizofrênico	55
5. A diferenciação entre personalidade psicótica e não-psicótica	65
6. Alucinação	95
7. Arrogância	123
8. Ataques contra os vínculos	133
9. Uma teoria do pensar	157

10. Comentário 171

Notas sobre esta versão para a língua portuguesa de
Second Thoughts 233

Paulo Cesar Sandler

1. Introdução

É comum encontrarmos coletâneas de estudos sobre psicanálise contendo várias histórias de casos clínicos. O que se segue não é exceção a esse fato. Aparentemente, esses textos contêm um duplo relato: histórias de pacientes acompanhadas de relatos detalhados das interpretações feitas pelos analistas durante as sessões, a respeito das associações dos pacientes. Sempre ficou-me uma impressão: relatos desse tipo são vulneráveis à objeção de que tanto a narrativa como a interpretação correspondente a ela constituem-se apenas como duas formas diversas de dizermos a mesma coisa. Ou de dizermos duas coisas diferentes sobre um mesmo fato. Ao longo do tempo, aquilo que fora suspeita pessoal maturou-se como convicção. Tentei formular tal convicção em três livros que aprofundam a discussão por meio de formulações mais precisas: *Aprender da Experiência*, *Elementos de psicanálise* e *Transformações*.

Fui modificando minhas visões a respeito do método psicanalítico ao longo desse tempo. No entanto, não estava disposto a permitir que a reimpressão dos estudos anteriores se condicionasse às modificações em minha visão. No entanto, simultaneamente,

chegou o momento de mostrar quais foram as modificações. Para aqueles que desejam ver esses estudos do mesmo modo como foram originalmente impressos, mantive-os na forma original e acrescentei um capítulo final com os comentários envolvendo a evolução de minhas opiniões. Não considero que algum tipo de narrativa cuja intenção seja reportar aquilo que o paciente, ou eu, tenhamos falado mereça ser considerada como se fosse um “relato factual” daquilo que ocorreu durante uma sessão de análise. Em primeiro lugar, por não atribuir o significado usualmente dado a memórias, pois foi a própria psicanálise que observou, de modo claro, um fato: há distorções involuntárias, tornando absurdo que nos comportemos como se nossos relatos pudessem levar a conclusões isentas dessas distorções. Como se relatos de psicanalistas pudessem ser exceção a esse fato estabelecido por observação psicanalítica. Memórias nascem de experiências sensorialmente apreensíveis. Servem apenas para esse tipo de experiência. A psicanálise ocupa-se de experiências que não são apreensíveis pelo nosso aparato sensorial – será que alguém supõe que ansiedade tem forma? Ou cor? Ou odor? Registros baseados em percepções sensíveis registram apenas aquilo que é desnecessário psicanaliticamente. Portanto, em qualquer relato sobre uma sessão, será necessário lidar com a memória do evento apenas à guisa de comunicação pictorializada de uma experiência emocional – independentemente do fato de que possa ter sido feito logo depois do evento, ou de quem o tenha feito. Na época em que escrevi os relatos de casos, supus sinceramente que eram factualmente corretos (excluindo alterações em função de sigilo). No entanto, será necessário considerá-los como formulações verbais de imagens sensorializadas, construídas sob uma forma e – provavelmente – comunicadas sob outra forma. Um exemplo é o caso de uma comunicação por meio de uma teoria psicanalítica na literatura psicanalítica, seja no mesmo escrito ou em algum outro local. Minha avaliação parece

excessivamente severa? Se for o caso, responderia que tal reavaliação se faz essencial; caso contrário, cessará todo progresso no trabalho psicanalítico. Pode-se considerar que esse tipo de reavaliação seja um trampolim para uma nova postura em relação ao nosso trabalho científico – ou o de outras pessoas.

Os estudos são reimpressos em sua forma original, para aqueles que pensarem ser mais fácil considerá-los como relatos factuais. Acrescentei comentários para expressar modificações em minha visão.

2. O gêmeo imaginário¹

1. A maior parte do material que se segue deriva da análise de um paciente submetido a muitos anos de psicoterapia – terminada quando o terapeuta achou melhor que o paciente fosse leucotomizado. O prognóstico seria ruim, segundo o médico que indicou meu nome, em vista de uma brutal história familiar, que teria submetido o paciente a precoces pressões.

2. O paciente tinha uma irmã um ano e meio mais velha, falecida quando ele contava com um ano de idade, em função de enfermidade compartilhada pelos dois, cujo quadro clínico incluiu diarreias severas.

3. A família mantinha relações íntimas com um vizinho, que também tinha filhos: duas meninas mais jovens – dois anos e sete anos – do que o paciente. Foram suas únicas amiguinhas até que meu paciente atingisse 10 anos de idade. A mais jovem faleceu em um asilo, antes da Segunda Guerra Mundial. A outra

¹ Caso apresentado à Sociedade Psicanalítica Britânica, em 1º de novembro de 1950, sob forma oral.

sobreviveu sob um estado de insanidade incurável – supostamente esquizofrenia.

4. A desunião parental complicou a infância do paciente. A família mudou-se para outro país, que passava por um processo de desenvolvimento em técnicas esportivas, principalmente o futebol. Descobriu-se que o paciente tinha capacidade atlética e era dotado de inteligência. Parecia aberto um caminho para uma carreira popular, e bem-sucedida. No entanto, deterioraram-se as finanças de sua família, em conjunto com as relações no lar. Teve um colapso nervoso, do qual jamais se recobrou, aos 13 anos de idade, ainda que tenha retornado e prosseguido em suas atividades. Quando o paciente atingiu 17 anos, uma dolorosa doença crônica ceifou a vida de sua mãe; outra doença eliminou o pai, muitos anos depois. Na mesma época do falecimento de sua mãe, surgiram complicações ainda maiores: precisaram abandonar sua terra natal – para começar tudo de novo na Inglaterra.

5. O paciente contava com 43 anos quando o vi pela primeira vez. Deparei-me com uma pessoa de compleição atlética, cuja profissão era a de professor. Media um pouco mais do que um metro e oitenta de altura. No entanto, sua tez estava amarelada, com semblante apático e desvitalizado. Uma apatia monossilábica, automática e superficial compôs nossa conversa sobre suas dificuldades. Sem o menor entusiasmo aceitou minha proposta de tentarmos uma análise comigo.

6. Será necessário fazer um relato compactado a respeito dos dois primeiros anos de análise. Havia um tema central na análise: contaminação. Sentia necessidade de proteger sua cabeça do contato com o travesseiro colocando-a sobre suas mãos. Não dava as mãos ao cumprimentar alguém. Sentia que contaminava a água em que se banhava e na qual confiava para se sentir limpo, e que esta o contaminava novamente.

7. Manifestou outro temor: estaria bebendo excessivamente. Questionava se seu pênis ficava ereto. Viajava de ônibus, sentindo o tempo todo que era insuportável quando alguém ocupava o banco atrás do dele. Sentia-se igualmente contaminado quando ficava sentado atrás de outra pessoa.

Começou a se perguntar se estaria tendo desejos sexuais por seus alunos; não demorou muito para que a suspeita se tornasse certeza, o que o fez sentir-se imundo.

A fantasia de que alguém lhe aplicava injeções, embora tivesse esterilizado as agulhas, compunha a maior parte das associações.²

8. Durante os dois primeiros anos, tive grandes dificuldades para determinar, pelas reações desse paciente, se atribuía alguma validade para minhas interpretações. Em duas ocasiões, distantes no tempo, uma fonte extra-analítica, falou-me que o paciente reportara grande melhora, que não consegui ver em nenhum grau. Não fui capaz de observar aquilo que agora acredito ser verdade: no final desse período, havia manifestações de mudança. Até essa época, o paciente drenava seu discurso de qualquer emoção, dado em tom sempre uniforme. De modo correspondente, ficava difícil interpretar o que o paciente afirmava, pela natureza ambígua do discurso. Era possível atribuir-lhes significados diversos: tinham um conteúdo emocional em um momento; e em outro momento, o conteúdo emocional da mesma afirmação era outro.

9. Havia uma plethora de material edipiano, produzido de modo excessivamente superficial – e devidamente interpretado por mim. O resultado era uma resposta seca e superficial. Ou nenhuma resposta.

² Bion atendeu a esse paciente entre 1945 e 1950. Nessa época, não havia agulhas nem seringas de material descartável após um único uso. Os profissionais esterilizavam seu próprio material, usando-o muitas vezes [N.T.].

Passaram-se mais três meses nos quais fui me conscientizando de que se desenvolvia mudança na análise. Inicialmente, parecia-me que as interpretações encontravam apenas a teimosa indiferença habitual: minha situação assemelhava-se àquela de pais que fazem exortações e alertas impotentes para uma criança refratária. No devido tempo, assinalei-lhe isso. Ocorreu uma mudança – que não me é fácil formular. Persistia a monotonia associativa desvitalizada. Mas, agora, com uma qualidade, que posso descrever como o ritmo das associações. Parecia haver duas escansões diversas do mesmo material, separadas mas coexistentes. Uma transmitia um sentido de tédio e depressão; a outra, dependente do fato de serem inseridas no fluxo associativo pausas regulares, tinha efeito quase jocoso: como se o paciente estivesse dizendo: “Vamos lá, agora é sua vez”.

10. Examinando mais profundamente o material, notei que todas as associações eram obstinadas: um convite para respostas obstinadas. Se eu interrompesse o ritmo, o paciente sinalizava estar ansioso, ou irritado. Se eu continuasse a fornecer interpretações – que, tornava-se cada vez mais claro, eram convidadas e esperadas por nós dois –, emergia um sentido de que havíamos chegado a coisa nenhuma. Não me surpreendeu que o paciente tenha me dito, no início da sessão seguinte, seu sentimento: o tratamento não estava levando a lugar nenhum e não lhe fazia o menor bem. De modo muito razoável, perguntou-me: vale a pena continuarmos?

11. Respondi-lhe: não havia nenhuma razão para que não aceitássemos que sua avaliação fosse correta, mesmo que houvesse dificuldades em se fazer estimativas sobre progressos em análise. No entanto, acrescentei haver uma necessidade: precisaríamos saber o que estávamos dizendo quando falávamos sobre tratamento, antes de considerar o que deveria ser feito para obtê-lo. Poderia significar

psicanálise; se fosse o caso, teríamos que procurar outro método para nos aproximarmos dos problemas que o paciente apresentava. Um significado mais óbvio seria: psicanálise como aquela praticada por mim. Sendo o caso, o remédio seria substituir o analista, e não uma substituição do método. Havia ainda outra possibilidade: tínhamos razão para supor que, algumas vezes, conseguíamos um alívio nos sintomas por meio de fatores incidentais à análise. Por exemplo, o paciente obtinha um sentimento de segurança por ter alguma pessoa com quem podia se encontrar. Havia esta possibilidade de que o paciente estivesse se referindo, inconscientemente, a algum fator desse tipo.

12. Houve um silêncio. Atingimos agora um ponto no qual preciso introduzir o tópico que vou discutir neste estudo. Utilizo esta oportunidade para apresentar alguns detalhes a respeito dos anos anteriores – necessários para a compreensão daquilo que se segue.

Havia uma série de detalhes que não eram importantes naquela época: pertenciam mais à periferia da corrente principal das associações desse paciente. Derivavam dos momentos nos quais o paciente introduzia um novo episódio; ou uma nova anedota que acrescentava a uma determinada memória. Por exemplo: contava uma história que ouvira de um cunhado homossexual. Ou algum tipo de sintoma particularmente doloroso, ocorrido durante uma visita a um amigo. Este paciente tinha um círculo social muito grande; como o tema da análise derivava do conteúdo da história, eu não via a menor razão para dar muita atenção aos vários personagens – sempre mencionados casualmente. Vou agora voltar-me, retrospectivamente, a esse aspecto das associações desse paciente, pois passou a ser central, e não mais periférico.

13. Chamo a atenção do leitor para o seguinte exemplo: o paciente falava algo similar a “Fiquei pensando em falar com o Sr. X,

para dizer-lhe sobre isto, e isto, e isto. etc. etc. etc.” Em um certo dia, minha atenção ficou aprisionada por alguma particularidade da fraseologia, ou talvez por algum caráter improvável de uma ênfase. Perguntei-lhe se realmente tinha dito aquilo que havia acabado de falar. “Ah, não”, retrucou, “Estava apenas imaginando este tipo de coisa!”. Foi apenas nesse momento que emergiu o fato de que, em muitas de nossas conversas introduzidas pela frase “Estava pensando em falar com o Sr. X ou a Sra. Y”, isso seria um anúncio de que iriam se iniciar conversas imaginárias; mas de nenhum modo todas essas conversas teriam sido apenas imaginárias. Mencionei então que isso soava como se não houvesse nenhuma discriminação clara entre o que era real e o que era imaginário. Tal característica não tinha a importância que tem agora.

Entre os personagens com os quais o paciente tinha conversas, fossem elas fantasiosas ou correspondentes a fatos, desempenhava um papel considerável um homem que exercia a mesma profissão do paciente. Tinha mais ou menos a mesma idade e os mesmos sintomas; era casado e tinha uma família. Ainda morava no continente,³ trabalhava o dia inteiro, e com tanto sucesso que ninguém sequer suspeitava de que estaria doente. Esse homem podia viajar livremente – algo que meu paciente não podia fazer. Parecia fazer comparações nas quais sempre ocupava um papel desfavorável em relação a esse homem.

Mencionei anteriormente a existência de um cunhado homossexual: um homem da mesma idade, talvez mais forte, mas definitivamente homossexual, que mantinha uma atração incestuosa com a esposa do paciente – talvez fosse um relacionamento sexual.

3 E não na Inglaterra, uma ilha em frente ao continente europeu, usualmente denominado pelos ingleses de “o continente” [N.T.].

Havia também um parceiro de tênis. Mas não havia nenhuma referência ao caráter dessa pessoa – a não ser que era alguém com quem jogava tênis. O paciente fazia comentários sobre o estado psicológico de um certo número de alunos – que lhe indicavam novos alunos. Um deles encaminhara-lhe um aluno com questões psicológicas; ele ficou tentado a saber se ele tinha noção de ter indicado alguém que precisava de cuidados psicológico. (A ambiguidade no uso pronominal não é um erro gramatical: trata-se de um exemplo notável da habilidade desse paciente em carrear muita, muita informação de um modo compactado.)

Havia ainda um colega desagradável, que o paciente conhecera na escola quando criança. Ensinava em lugar próximo. Ocasionalmente, tomava conta dos alunos do paciente, mas era um sujeito tão ganancioso que o paciente se propôs a não mais utilizá-lo para esse fim.

14. Retornemos ao paciente, pois o deixamos em silêncio durante meu sumário das questões que enfrentou antes de poder se decidir se prosseguia o tratamento. Perguntei-lhe sobre o que estava pensando.

Respondeu que estava pensando sobre uma mulher com dores reumáticas. “Está sempre reclamando sobre uma coisa ou outra; pensei que esta mulher é muito neurótica. Pude despachá-la aconselhando-a que comprasse algum barbitúrico.”

Disse-lhe então que, provavelmente, tínhamos uma descrição compactada do tratamento que ele estava tendo comigo, um tratamento cuja eficácia ele mesmo colocava em dúvida. Sentia que minhas interpretações eram, vagamente, meras reclamações, às quais prestava pouca atenção; suas associações eram em grande parte rançosas, empregadas mais pelo efeito soporífico, como se fossem barbitúricos, do que pelo seu valor informativo; eram destinadas a manter-me empregado sem ficá-lo perturbando. No entanto,

acrescentou, também considerava o quanto a situação estava ficando-lhe mais tolerável. Chamei sua atenção às peculiaridades de seu próprio comportamento – de modo notável, o ritmo de “associação-interpretação-associação”: uma indicação de que eu era seu gêmeo, e de que eu o apoiava em uma evasão brincalhona de minhas reclamações, suavizando desse modo seu ressentimento. O paciente podia se identificar com qualquer um desses três papéis.

Sua resposta foi notável. Mudou o tom de voz, que ficou depressiva. Disse estar cansado e imundo. Era como se, em um momento, estivesse me defrontando, sem qualquer mudança, com o paciente que havia atendido na primeira entrevista. A mudança foi tão súbita que se tornou desconcertante. Perguntei-me: o que teria ocorrido com o gêmeo e com o genitor que ficava reclamando? Parecia que o paciente os engolira, e agora sofria as consequências disso.

Terminamos assim, essa sessão. Recobrei-me da surpresa, ao me recordar de que era a suposição de que o paciente sentia abrigar uma família venenosa dentro de si era correta; mas, era a primeira vez em que houve uma demonstração dramática sobre o modo pelo qual o paciente introjetava seus objetos.

15. Na sessão seguinte, o paciente relatou um sonho aterrador. Dirigia um automóvel; iria executar uma ultrapassagem. Consegui emparelhar com o outro carro, mas não o ultrapassou, ficando cuidadosamente na mesma velocidade. O carro rival diminuiu a velocidade e parou; o paciente fez o mesmo com seu automóvel. Os dois permaneceram estacionados, um ao lado do outro. Nesse momento, a pessoa que dirigia o outro carro, de constituição física parecida com a do paciente, abandonou o volante, saiu pela porta, deu uma volta em torno do automóvel para debruçar-se, com força, sobre a porta do carro do paciente, que agora não podia mais escapar: havia estacionado muito próximo do outro – a

porta contralateral ficara bloqueada. A silhueta fitava-o pela janela de modo ameaçador. Acordou aterrorizado; passou o dia inteiro desse modo.

16. Interpretei que a silhueta ameaçadora era seu analista – eu – e que era eu o gêmeo imaginário sobre o qual o paciente havia falado na última sessão. O gêmeo era imaginário pois o paciente o havia impedido de nascer – não havia de fato nenhum gêmeo. Seu uso de um gêmeo era um modo de aliviar ansiedade e, portanto, era ilegítimo. O gêmeo estava determinando que o paciente não devia ter nascido, ou, em outras palavras, conseguido liberdade ou independência. Ficara, em consequência, encerrado, tanto pelo gêmeo como pelo seu próprio ato de estacionar seu carro tão próximo ao carro do gêmeo. O carro do qual eu não permitira que ele saísse era a análise – algo real. O sonho demonstrou o temor desse paciente de que eu tivesse me tornado vivo na sessão anterior, mas apenas para impedir que ele escapasse da análise; usava-me como personificação daquela parte má dele mesmo da qual desejava se dissociar.

17. Seguiu-se então um período no qual as características mais marcantes foram: introjeção e projeção, clivagem e, no mesmo grau, personificação de partes clivadas de sua personalidade. Em certo sentido, nada de novo, mas, ao mesmo tempo, a análise tornou-se mais integrada; e os temores diante de seus próprios mecanismos, menos pronunciados: podíamos vê-los de modo mais claro, e também ficou mais claro seu intuito. Em retrospecto, pude ver o quanto a ansiedade do paciente era produzida pelas interpretações, feitas antes da emergência do gêmeo, derivadas não apenas do conteúdo das associações do paciente, mas do mero fato de que eu estava levando sua atenção para seus próprios processos intrapsíquicos.

18. Um resultado da maior integração da análise foi o de capacitar-me a ver que algumas de suas associações anunciavam o

tema sobre o qual se centraria o trabalho, provavelmente durante muitas sessões. Utilizo-me desse fato para confinar a discussão a apenas duas associações – deixando que o leitor assuma que o material no qual me baseei para interpretar foi infinitamente mais abundante, se comparado com aquilo que este relato compactado poderia sugerir.

19. Produziu a primeira associação antes de um fim de semana no qual ficaria com amigos. Até seis meses antes dessa sessão, pensara que jamais teria fins de semana livres nem férias anuais. Então, teve suas primeiras férias em muitos anos. No entanto, agora eram acontecimentos regulares. O paciente disse: “Deixei uma pessoa, um substituto, para cuidar de meus estudantes; ele tem a mesma idade que eu; não é muito experiente; sinto que ele não vai conseguir dar conta desse trabalho. Há uma garota que pode ficar doente, e terá que ser hospitalizada. Seria bem simples fazer isso, mas precisaria ser alguém que sabe como fazer as coisas; nunca vai colocar a criança no hospital se não souber. Tinha uma combinação com um médico que conheço bem, e que me ajudava nos momentos em que estivesse fora, mas houve um mal-entendido e deu tudo errado”.

Da elaboração dessa fala, emergiu que a pessoa que havia feito tudo errado era eu – por ter estragado o entendimento entre dois médicos, com minha interpretação a respeito do gêmeo, cuja consequência foi forçá-lo, mais uma vez, a colocar o gêmeo dentro dele. O substituto era uma parte clivada dele mesmo, na qual faltavam qualidades essenciais. Em particular, a capacidade de introduzir a menina para dentro do hospital. Sugeri que havia impotência genital naquela parte dele mesmo, o substituto, que ele havia deixado para cuidar da menina.

20. Depois deste fim de semana, há o relato de que o substituto havia feito a maior confusão, amedrontara a mãe de uma criança.

Meu paciente sentia que todo mundo tinha que ser muito cuidadoso quando falasse com os pais das crianças. O substituto falou sobre a doença da menina de modo muito aberto, deixando a mãe ansiosa. Dessa data em diante, essa mãe não queria mais saber de nenhum substituto, só queria falar com o meu paciente – que sentiu não valer a pena empregar substitutos, pois no final das contas seria ele mesmo que teria que fazer o trabalho. Fiz uma questão e a resposta do paciente foi que concordava com o fato de que, antes mesmo do fim de semana, já estava preocupado com o substituto. Então, o fato de ter empregado um substituto não o aliviara de ansiedade, nem de responsabilidade. Objetou, afirmando que essa mãe fazia muitas exigências, implicando sub-repticiamente estar sexualmente atraída pelo paciente.

Interpretei que era eu um dos pais que reclamava a respeito de ter deixado um substituto inexperiente para tomar conta da criança. Como resultado de ele ter me deixado encarregado de cuidar de seu *self* inexperiente, só fui capaz de dizer-lhe coisas que o deixaram muito perturbado. Sua ansiedade era por ter me procurado como se eu fosse uma pessoa experiente, ou seja, potente, e por isso ficava fazendo exigências – particularmente, exigências sexuais. Ele sentia-se incapaz de cumpri-las.

21. Agitou-se incomodado no divã, ficando tenso. Depois de alguns instantes, replicou: “Ao me aconchegar, senti que se ficasse desse jeito iria ter câimbras; se me esticasse, tocaria no travesseiro, iria contaminá-lo e seria contaminado de volta. Senti como se estivesse no útero”.

Disse-lhe então que o útero, naquele momento, representava a limitação que sentia ter imposto sobre ele mesmo, ao ser compelido a aparecer como se fosse o substituto. Na análise, vimos que seu temor era de que suas próprias violência e tendências agressivas tivessem substituído sua sexualidade. O temor diante de sua

própria agressividade, intimamente vinculada a fezes, causou-lhe um retrocesso para uma posição em que se sentiu constrangido e confinado, e, portanto, a salvo do ódio – que estaria liberado caso adotasse uma posição mais descontraída. De fato, tudo que ocorreria foi que ele ficara mais indignado do que nunca por estar em um relacionamento que lhe impunha tais limitações. Podemos considerar que a associação indicou que o paciente retrocedera para dentro do útero, temendo que fosse nascer. No entanto, era necessário considerar o que isso significava, nos termos do presente; sugeri que o significado era que ele não poderia confiar no uso que poderia fazer de suas capacidades, caso se permitisse desenvolvê-las, reunindo os muitos fragmentos de sua própria personalidade. Em especial, permitindo que seu ódio retornasse, como uma parte dele mesmo, em seu relacionamento comigo. Além disso, sentia-se inseguro quanto à minha resposta: temia relacionar-se comigo, já que nós dois havíamos experimentado que tal situação se ligaria a um ódio mútuo.

22. Termina a sessão. À noite, horas depois, teve um sonho com o qual inicia a próxima sessão – que relatarei apenas parcialmente: um homem apresentara-lhe uma conta e logo saiu. Uma conta enorme; o paciente começou a discutir sobre a quantia, mas a pessoa rapidamente desapareceu, desconsiderando a batida no ombro, ou seja, a tentativa de meu paciente de prender-lhe a atenção. Enraivecido de um modo que jamais tinha sentido, acordou, mergulhado em terror. Recordei-o do que havia ocorrido na sessão anterior, do seu medo do que poderia acontecer caso deixasse de ficar contraído no divã – o ódio clivado em relação à minha pessoa, e em relação às várias exigências, inclusive financeiras, que ele sentia serem impostas sobre ele, por minha pessoa e pela análise.

Passou a falar de um psiquiatra que encontrara naquele dia. Alguém que compunha uma junta médica, que o atendera para

rever a categoria diagnóstica em psiquiatria sob a qual o haviam qualificado. No entanto, o psiquiatra não reconheceu meu paciente – que questionou esse profissional a respeito da quantidade de sessões. Extraiu dele a informação de que cinquenta sessões seriam suficientes. Meu paciente formou uma opinião muito desfavorável a respeito deste psiquiatra, ao concluir que esta pessoa jamais faria alguma coisa pelos seus problemas caso tentasse curá-lo em apenas cinquenta sessões. Durante esse questionamento abertamente amigável, senti intenso ódio do psiquiatra. Acrescentou que ainda se sentia ansioso. Nesse momento, disse-lhe que estava fazendo uma comparação entre minha pessoa e esse psiquiatra, de modo favorável a mim, mas que o incidente foi produzido como alerta do interrogatório ao qual ficaria sujeito, caso nossos papéis fossem invertidos.

23. Nosso relacionamento ficou mais realístico no todo; o paciente demonstrava todos os sinais de cooperação na investigação de seus problemas. Foi possível, como nunca havia sido antes, questioná-lo sobre detalhes, e pedir-lhe que expandisse suas associações em tudo que me parecesse necessário, para obter melhor alcance sobre o material que apresentava.

Iniciou uma série de associações nas quais emergiu o fato de que estava encaminhando muitos alunos para consultas com especialistas.

Descreverei a próxima associação – a segunda deste tipo: “Uma aluna pegou uma afecção ocular; um oculista diagnosticou infecção. Mas o pai desta menina quis outra opinião, impedindo qualquer ação. Tive que encaminhá-la a outro oculista. Estou atolado com trabalho desagradável, esta menina só dá incômodo. Tive que fazer uma série completa de entrevistas. O segundo oculista falou quase a mesma coisa que o primeiro; a única diferença foi que achou que valia a pena fazer alguma coisa. O primeiro não, disse

que não precisava se incomodar, por isso o pai da aluna achou-o um tanto descuidado. Seja lá como for, sobrou tudo para mim, agora sou eu quem vai ter que tomar as providências: a menina precisa tirar uma amostra de sangue para saber se contraiu sífilis, mas eles já tinham que ter feito esse exame”.

24. Essa associação pode ser considerada como o início de uma investigação, ao iluminar dois problemas: primeiro, qual é o material inconsciente que está sendo expresso? Segundo: qual é o modo pelo qual o paciente é capaz de trazer esse material para sua própria consciência?

À medida que a análise evoluía, tornou-se possível demonstrar que tanto a associação como variações subsequentes dela expressavam de modo compacto os seguintes temas:

1. O primeiro oculista seria a minha pessoa, o analista, pois eu realmente havia dito que a menina adoentada era um objeto interno, infectado, dentro do paciente, de objetos maus, para os quais nada podia ser feito. O segundo oculista também seria a minha pessoa, por ter dito que a menina adoecera pelos bacilos, espiroquetas e fezes do paciente – todas variações de um pênis mau. Paciente para quem nada podia ser feito, mas, de qualquer modo, esse segundo oculista iria fazer alguma coisa. O paciente teria que curar a menina com seu pênis, já que eu – o analista – não iria reparar o dano que o paciente causara; e, de qualquer modo, o objeto era de sua propriedade; ele mesmo teria que obter a cura e sem qualquer tipo de ganho prazeroso. Eu também era o cirurgião oculista que o ameaçara com castração. O paciente havia passado algumas horas ansiosas trocando correspondência com os dois oculistas para constatar que nenhuma questão de ciúme ou atrito prejudicava o relacionamento entre os dois, e entre os dois e ele.

Consequentemente, os gêmeos haviam sido colocados em uma cooperação harmoniosa.

2. O primeiro oculista, passivo, representou suas experiências psicoterapêuticas anteriores, que o deixaram, e também seus objetos, mais ou menos em paz. O segundo oculista era a psicanálise, que lhe dera incrementos de *insight*, seduzindo-o à sexualidade genital, e à situação ameaçadora que a acompanhou.
3. O primeiro oculista, passivo, era a mãe; e o segundo, ativo, o pai – com os quais o paciente agora tentava se harmonizar naquilo que ele mesmo se assemelhava aos dois.

25. Considerarei agora o modo pelo qual a análise iluminou o segundo problema: o como o paciente trouxe o material para sua própria consciência.

Meu primeiro ponto é que havíamos retornado ao tema da contaminação, por meio da associação. A menina tinha uma infecção, talvez obscura: tuberculosa, ou sífilítica. O próprio paciente notara, espontaneamente, que não havia mencionado a possibilidade de que a menina tivesse diabetes – mesmo que isso fosse uma possibilidade real. Portanto, estávamos outra vez falando, como se fosse um ensaio teatral, a respeito de um tema já bem avaliado em nossas falas durante os primeiros dois anos de análise, que, neste momento, estava sendo reinvestigado, ainda que sob outro modo: o da consulta com dois oculistas, que indicava um método visual de investigação. Além disso, havia uma variação do tema – gême-laridade –, pois eram dois oculistas.

26. O resultado dessa investigação foi um incremento na esperança, e também de novas responsabilidades e obstáculos: entre eles, a possibilidade de exercer uma sexualidade genital; e mais um ensaio na sexualidade oral, até então negligenciada, no exame de

sangue do objeto, possivelmente contaminado, e na aplicação de medicação injetável.

Os oculistas – de modo particular, o segundo – também representavam o reforço no arsenal de pesquisa, por meio de algo similar ao intelecto: o paciente supunha que os oculistas conheciam mais do que ele podia conhecer.

Tornou-se claro, durante esse período, que o paciente sentia minha presença e que, realmente, até a considerava necessária. Mas não era para que eu interferisse. Ressentia-se de qualquer interpretação que pudesse conter o menor traço daquilo que ele interpretaria como uma invasão na área dos diagnósticos, ou de tratamentos; no entanto, eu poderia ser eu mesmo, e não apenas um gêmeo moldado sob a forma que ele desejava. Se fosse o caso de observar as manifestações desse paciente nos termos de uma ludoterapia, como se faz com crianças, poderia considerar que os dois oculistas eram partes do corpo do paciente – seus dois olhos estariam sendo harmonizados em uma visão binocular. A menina adoecida era algum objeto recuperado dentro dele, sendo submetida a um exame, feito pelos dois olhos do paciente, e pelo intelecto sob desenvolvimento. Um exame, portanto, exercido por um objeto externalizado.

Os resultados de tal exame não eram muito reconfortantes: não havia completa harmonia entre os dois oculistas. O diagnóstico persistia obscuro. Em outras palavras, o problema não ficava resolvido de modo intelectual. Finalmente, delineava-se a imposição de maiores responsabilidades: uma revisão da sexualidade oral e uma exploração da sexualidade genital. Em relação a isso, dei-me conta do modo diverso pelo qual o paciente passara a denominar o oculista: cirurgião dos olhos. Ao chamar-lhe a atenção para isso, respondeu que o cirurgião não achara que a intervenção cirúrgica era necessária.

Não fiquei surpreso pelo fato de que, na sessão seguinte, o paciente relatou ter enviado outro estudante para ser consultado. Agora, para um cirurgião otorrinolaringologista; e, novamente, a pedido do pai. Expressando sentimentos persecutórios relativos ao otorrinolaringologista durante o relato, demonstrou um retrocesso a níveis orais e olfatórios. Interpretei-lhe sobre seu sentimento de impossibilidade de manter um avanço. O paciente sentia-se perseguido não apenas pelas razões já mencionadas, mas também pela própria psicanálise, que lhe trazia muito mais problemas do que uma psicoterapia; pois a psicanálise consiste em um método que envolve o exame de seus problemas com todos os seus órgãos dos sentidos – incluindo a visão e o intelecto. A psicanálise envolve situações para as quais esse paciente não se capacitara: (1) levar a cabo coordenações dolorosas; (2) aceitar todas as clivagens em sua personalidade, externalizadas em personificações; (3) suportar a imposição de responsabilidades; (4) enfrentar a ameaça punitiva de castração. Lembrei-o então de um sonho, no qual havia um pintor que lhe cobrara muito caro, dizendo-lhe que o objeto de seu ódio era a minha pessoa – por dois motivos. Um deles é que era eu quem lhe impunha tais responsabilidades e punições; o outro, que era eu quem lhe forçava a retroceder para níveis que lhe eram insuportáveis. Como o paciente havia dito que o cirurgião otorrinolaringologista concordara que o tratamento havia sido correto, fiz-lhe um assinalamento; parecia-me que, em todos os níveis, ele (o paciente) era alguém responsável, e poderia então restaurar os objetos danificados.

27. Disse-lhe ainda que precisávamos considerar que restava um componente inalterado, seja lá o que ocorresse: sua consciência, e isso parecia ser uma cobrança tão forte que ele ficava sendo levado para cá e para lá, sempre por demandas aterrorizantes.

As oscilações desse paciente ajudavam-no a testar seus próprios métodos para efetuar um teste de realidade,⁴ quando comparava descobertas feitas na fase oral e na fase visual. Explorava minuciosamente, em nível oral, um objeto danificado, antes de submetê-lo ao exame pelo “homem que entendia de olhos”. No entanto, a mudança para oculistas estimulou-lhe enorme ansiedade e tensão: em vez de simplesmente resolver o problema do objeto danificado, revelou-se a presença da situação edipiana, para ele intolerável. Subsequentes avanços e regressões mostraram-se em sucessões cuja serventia foi o fortalecimento de seu ego; podia agora lidar com a situação edipiana ao tornar-se emocionalmente poderoso, de modo jamais havido antes da emergência de um gêmeo imaginário. Enfatizei que durante a primeira fase a análise parecera não ter qualquer efeito no material edípico. No entanto, nesse momento, parecia que a análise acompanhava a maior confiança nos métodos que esse paciente tinha para fazer um teste de realidade, e em seu ego.

28. Tendo completado meu relato do material clínico sobre a análise desse paciente, refiro-me agora às associações de outros dois pacientes. Para que o material não fique confuso, proponho denominar o paciente de “A”, o paciente sobre o qual falei até agora. Os dois outros, de “B” e “C”.

O primeiro ponto é a maestria e confiança do paciente “A” no uso de mecanismos de introjeção, projeção, clivagem e personificação dos vários fragmentos clivados. Suas reações contrastaram, no período descrito, com as do paciente “B”: um gêmeo real, com personalidade ainda mais perturbada, apelando para fantasias de que

4 “Teste de realidade”: termo cunhado por Freud em *Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental*, de 1911, para designar funções de ego atuantes para permitir a introdução do “princípio de realidade”, em acréscimo e substituição ao “princípio do prazer-desprazer” [N.T.].

tinha um gêmeo idêntico. Pareciam servir às mesmas funções do gêmeo imaginário de “A”. “B” parecia sempre lutar com a intratabilidade de seu material. Descrevia objetos introjetados como cubos de aço polido; durante as sessões, reclamava de dores: bucais, estomacais e anais. Seu gêmeo real parecia igualmente intratável; “B” tentava obter alívio, na análise, por associações tênues e difíceis de parear com material para fantasias: como um alimento em tubos capilares que não consegue nutrir uma pessoa. Como disse anteriormente, o sucesso com o qual o paciente “A” personificava suas clivagens permitiu a imaginação de uma sessão de ludoterapia. “B” sentia-se mal equipado para explorar tensões intrapsíquicas, na mesma medida em que se sentia mal equipado para contatar a realidade. Não pude deixar de sentir que “A”, particularmente nas sessões sobre os médicos, parecia ser capaz de tolerar minha presença, como uma pessoa individual. Demonstrava, pelas personificações, a tentativa de fazer um ponte sobre o abismo que o separava da realidade. Ao fazê-lo, surgiu um fator contribuinte para esperança no desfecho de sua análise. No seu próprio teste de realidade, o paciente também testava seus métodos para tal teste, aparentemente com crescente confiança nos resultados obtidos.

29. No que tange ao teste de realidade. “A” diferiu de “C”, cuja associação a seguir reproduzida indica que não tinha a menor confiança, seja na realidade, seja em sua capacitação para testá-la. “C” foi hospitalizado; após a alta, retornou à análise. Referiu que, durante sua internação, discutiu-se sobre uma aplicação de raios X de grande amplitude e profundidade. A equipe rejeitou tal tratamento, pelos riscos de destruição do sistema genital. Seguindo o relato, o paciente diz que seu leito ficara próximo ao de outro paciente – no qual se fazia transfusão de sangue, doado por um primo. Os primos tinham mães gêmeas, acrescentou, e logo depois, pensativamente, diz que sua irmã dera luz a gêmeos. Seu médico, continuou ele, tinha o mesmo nome do médico que o tratou algum tempo

antes, quando estive no exterior e havia sofrido de indigestão. Fez uma parada na fala, e retomou para dizer que tinha um olho mais fraco do que o outro; quando usava apenas um de seus olhos, via tudo duplo, por um defeito visual que podia ser corrigido com óculos, mas ele odiava usar óculos por deixarem-no vesgo, ainda que corrigissem sua visão. Fiz neste momento uma interpretação: os dois primos eram a dupla parental em ato sexual, e ele desejava destruir esse ato por meio de seu olhar de raios X, penetrantemente sádico. E que seu sentimento era de uma ameaça à sua própria genitalidade, pelo seu exame destruidor sobre seus pais. A resposta do paciente foi a seguinte: “eu sou uma pessoa inconfiável”, ao fazer um trocadilho excessivamente abrangente. De modo repentino, começou a reclamar de indigestão, expressando temor de precisar voltar ao hospital. Ocupou o resto da sessão imerso em temores sobre alimentação. Esse paciente frequentemente reclamava que lhe era igualmente perturbador quando concluía que suas observações estavam corretas, e então a realidade era aterrorizante, ou quando concluía que estavam incorretas, e então seu estado mental ficava aterrorizador. O trocadilho indicava que, de modo diverso de “A”, sentia não poder confiar em seus instrumentos de investigação: tudo que o olho lhe dizia, os pais que o olho revelava, e o ego que tinha que incorporar o resultado das investigações do olho. De modo idêntico a “A”, regredia a um estágio oral.

30. Agora me volto a uma sessão com o paciente “B”: “Acho que vi seu último paciente. Cheguei mais cedo e fiquei esperando. Ontem à noite, o gêmeo não me deixou dormir, não parava de dizer ladainhas – do mesmo modo que todos que dizem ladainhas. Queria ir para a cama. Graças à psicanálise posso olhar através da mente da pessoa que ocupa a mesa próxima à minha. Posso até mesmo zombar dele”.

Interpretei que o gêmeo era meu último paciente, cujas ladainhas tinham-no feito esperar. Mas ele podia rir daquele outro paciente, já que agora esse outro iria saber o que é sentir-se excluído.

“B” prosseguiu: “Meu laboratorista gosta de microscópio comum. Prefiro o binocular. Não há dúvida, podemos ver muito mais, e melhor, com microscópios binoculares. Imagine só, o laboratorista concordou comigo, mas apenas parcialmente. Fiquei pensando como se pode conseguir um tratamento melhor. E claro que se pode fazer isso quando se tem dinheiro, e também é claro que um tratamento melhor te deixa melhor”.

Disse-lhe então que em psicanálise era possível ter uma visão binocular; resultava disso maior conhecimento; incrementos no conhecimento eram sentidos como trazendo cura.

Continuou: “A vida é muito complicada. Você simplesmente vai indo em frente, tornando as coisas difíceis para mim”.

Retruquei: “Você sente, neste momento, que a visão que dois olhos te dão – sendo análise um destes olhos – mostra-se melhor do que a pobre visão monocular; faz com que você se dê conta de que a vida é algo muito complicado, e difícil. Fez você ver o outro paciente que veio me procurar?”

O paciente continua: “Hoje não consegui almoçar. Parecia ser um belo almoço, mas me deixou enjoado”.

Disse-lhe: “Seus olhos o fazem pensar sobre o momento no qual viu o outro paciente por aqui, e que análise era algo muito bom. Agora, você acha que análise te envenena, e que você não pode mais ter análise. Há um sentimento de que a ladainha do outro paciente – como você a chama – é algo que ele deixou para te envenenar”.

O paciente prossegue: “Não é dúvida: é muito difícil usar um microscópio binocular logo na primeira vez. A pessoa tem que

aprender como se deve usá-lo e só aí vai se dar conta do quanto é melhor do que o monocular”.

Repliquei: “Seu sentimento é duplo: se estiver usando sua análise para ver através da mente das outras pessoas com o intuito de zombar delas, também sente que não aprendeu a usar sua análise adequadamente, e então os outros que você olha o atacam de volta”.

31. A análise, subsequentemente, mostrou “B” com uma dúvida a respeito da própria capacidade de usar o microscópio binocular, baseada no medo de que poderia fazer um gêmeo minúsculo parecer um pai gigante. Na época em que fez essa associação, “B” não estava preparado para ver a comunhão de um pai com uma mãe, ainda que sua associação mostrasse a possibilidade de que tal cena se revelasse – como se estivesse desenvolvendo seus instrumentos de investigação e também sua capacidade de utilizá-los. Também era o alerta implícito naquela afirmação de que eu fazia as coisas ficarem muito difíceis para ele. A reivindicação de possuir *insight* psicanalítico indicou qual era o meu papel: o de gêmeo idêntico – seu gêmeo imaginário.

A sessão que descrevi indicou-me que “B” chegara a um ponto no qual se tornou possível que eu fizesse a interpretação de que o gêmeo idêntico era a minha pessoa. Até esse ponto, o material edipiano, ainda que estivesse bem aparente, localizava-se em nível superficial – como ocorrera na fase inicial com “A”. A interpretação teve pouco efeito. As afirmações de “B” sobre a necessidade de adquirir habilidade no uso do microscópio binocular indicam dois incrementos: no seu senso de realidade, em relação aos meios para estabelecer contato, e na sua capacidade de explorar tensões intrapsíquicas, considerando que durante toda a parte anterior da análise havia repetidas entradas de minha pessoa em cena, como seu cérebro, que tinha que fazer a exploração do paciente no lugar dele; e isso me conduz ao próximo ponto que desejo discutir. O

que ocorreu com “A” para que a emergência do gêmeo imaginário houvesse sido tão importante? E, se era tão importante, por que os fenômenos associados permaneceram periféricos por tanto tempo, e não centrais?

Sugiro uma resposta: o gêmeo imaginário remonta aos relacionamentos mais antigos; é uma expressão da incapacidade de tolerar um objeto que não estava inteiramente sob o controle dessas pessoas. Portanto, a função do gêmeo imaginário foi a de negar uma realidade que não fosse o próprio paciente.

Outra incapacidade coexistia com a negação da realidade externa: a de tolerar realidades psíquicas internas; foi necessário um enorme trabalho antes que houvesse qualquer incremento na tolerância. Ao mesmo tempo, diminuíram temores em relação aos mecanismos psíquicos, tornando-lhe possível permitir a presença desses mecanismos, manifestados pelo movimento, no fluxo associativo, de suas representações para uma posição mais central. Só quando fui capaz de demonstrar o quão ruim eu era em todos os níveis de sua mente, tornou-se possível que o paciente reconhecesse e empregasse – de modo inverso – mecanismos de clivagem e personificação, para estabelecer o contato que esses mesmos mecanismos haviam sido originalmente usados para impedir. Depois da demonstração do gêmeo imaginário, o paciente passou a permitir que eu existisse como uma pessoa real – não como se eu fosse uma coisa criada por ele –, até o ponto no qual, como já mencionei, senti que ele começava a permitir que eu existisse, ainda que de um modo mais ou menos passivo, olhando seu jogo; e, finalmente, como um consultor. Na sessão que descrevi, relativa ao paciente “B”, permaneci o tempo todo de um modo igual ao gêmeo idêntico – apesar de que algumas das aparências poderiam dar uma ideia contrária.

32. Deixei por último especulações que colocam duas questões – não pretendo tentar respondê-las. A primeira diz respeito a

clivagens personificadas, para as quais chamei a atenção. É possível que a capacidade de personificar clivagens da personalidade seja, de alguma forma, análoga à capacidade de formação de símbolos para a qual a sra. Klein chamou a atenção em “A importância da formação de símbolos no desenvolvimento do ego” (1911)? As clivagens personificadas tiveram um valor semelhante no desenvolvimento de “A”, no período que tentei descrever?

Minha segunda especulação concerne ao papel exercido pela visão nas associações desses três pacientes. Em cada um dele, parecia estar vinculada ao desenvolvimento do intelecto – testemunhada pelo médico em “A”; por mim como o cérebro em “B”, e em papel muito semelhante em “C”, embora não tenha tido tempo de trazê-lo à nossa conversa. Em cada um desses pacientes, a visão vinculava-se ao surgimento da sexualidade genital e da situação edipiana. Além disso, cada paciente, à sua maneira individual, parecia ter problemas semelhantes que se introduziam quase como se estivessem relacionados à própria visão. “A” salientou a enorme quantidade de trabalho que estavam empurrando para cima dele, para que mantivesse harmonia na relação com os dois oculistas; “B” comparou o méritos do microscópio monocular com os do binocular; “C” ressaltou a necessidade de óculos para corrigir sua visão. Cada um deles parecia sentir que estavam sendo impostas novas dificuldades: “A”, pelo segundo oculista; “B”, por mim, que tornava as coisas ainda mais difíceis para ele; e “C”, ao dizer que usar óculos o deixava vesgo.

Em cada um desses casos que mencionei, o poder visual representava o surgimento de uma nova capacidade, a de explorar o *ambiente*: foi possível demonstrar que os pacientes, neste sentido, sentiam que a análise era um acréscimo ao arsenal para investigação, e provavelmente reativava emoções associadas a avanços muito primitivos no desenvolvimento psicológico, que haviam

tido um efeito similar, o de incrementar capacidades. Sentiram que uma amplificação no poder visual exigia amplificação no alcance intelectual.

33. Em cada caso, os poderes recém-adquiridos foram usados para resolver um problema já existente, mas descobriu-se também que revelavam outros problemas exigindo solução. “A” parecia preocupado com o problema de um objeto interno danificado – e aplicou seus novos poderes, mas viu-se ameaçado pelo relacionamento entre pai e filho. “B” apresentou o mesmo desenvolvimento expresso em termos da descoberta de um gêmeo não idêntico, que mantinha relacionamento com a mãe. “C” da mesma forma – mas em termos da transfusão de sangue entre dois primos.

Todos os três pacientes pareciam sentir que o problema estivera presente o tempo todo, mas que o fato de os problemas estarem sendo revelados dependia da maior capacidade para estarem conscientes deles.

A regressão, em cada um desses casos, pode ser enunciada no estado de se distanciar (1) do incremento na capacidade produzido pelo desenvolvimento psicológico; (2) dos fenômenos trazidos à consciência por essa capacidade incrementada; (3) do desenvolvimento fisiológico, associado ao desenvolvimento psicológico, que revelou a relação entre os pais externos.

Em cada um desses casos, fiquei com impressão de que o paciente sentia que a visão produzia problemas de assenhorar-se de um novo órgão sensorial. Isso tinha uma contraparte no sentimento de que o desenvolvimento da psique, como o desenvolvimento da capacidade visual, envolvia a emergência da situação edipiana. A mudança de “A” foi extremamente impressionante: a partir de um tratamento negligente e superficial da situação edipiana, chegando a um esforço para alcançar um acordo com um complexo de Édipo emocionalmente carregado.

De minha parte, foi impossível interpretar o material que esses pacientes apresentavam como se fossem manifestações puramente psicológica de desenvolvimento, divorciadas de qualquer desenvolvimento físico concomitante. Surgiu-me a questão: será que o desenvolvimento psicológico vincula-se ao desenvolvimento do controle ocular, do mesmo modo que problemas de desenvolvimento vinculam-se à agressão oral, ato coexistente à erupção dentária? Caso seja assim, seria necessário questionarmo-nos se esses desenvolvimentos psicológicos, inaugurando o complexo edipiano, realmente se aproximam dos quatro primeiro meses de vida das pessoas. É óbvia a relevância dessa situação para que possamos corretamente avaliar a visão da sra. Klein a respeito da precocidade da fase edipiana; caso a experiência de outros observadores possa parecer uma confirmação de minhas impressões, isso proveria razões fortuitas para favorecer a precocidade da fase pré-edipiana.



No entanto...pensando melhor é o quinto livro escrito por W.R. Bion. Na língua do autor – o inglês – há um título tão original como o seu conteúdo, *Second Thoughts*, um sintagma intraduzível para o português. Frente a tal situação, escolhi, em parceria com a Editora Blucher, o título *No entanto...pensando melhor*, pois pareceu-me ser uma transcrição mais fidedigna que cumpre sua função ao indicar o conteúdo deste livro: um convite ao leitor para colocar em funcionamento seu próprio processo de pensar, no sentido crítico, reavaliando seu trabalho investigativo, questionando critérios teóricos e terapêuticos, a essência do trabalho diuturno em análise, segundo Freud. Bion o faz tecendo comentários críticos ao seu trabalho clínico e ao seu aprendizado por meio da experiência. Dessa forma, esta tradução resume magistralmente as publicações de seus quatro primeiros livros ao alertar sobre efeitos deletérios da falta de disciplina sobre o exercício de memória, desejo e entendimento, durante sessões de psicanálise.

Paulo Cesar Sandler

PSICANÁLISE

ISBN 978-65-5506-157-4



9 786555 061574



www.blucher.com.br

Blucher



Clique aqui e:

[VEJA NA LOJA](#)

No Entanto... Pensando Melhor

Wilfred R. Bion

ISBN: 9786555061574

Páginas: 248

Formato: 14 x 21 cm

Ano de Publicação: 2022
