MOHAMAD ALI ABDUL RAHIM

O modelo psicanalítico kleiniano aplicado à prevenção em saúde mental na infância

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Área de Concentração**:** Psicologia Clínica
Orientador: Prof. Dr. Ryad Simon

São Paulo
2006

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catalogação na publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Abdul-Rahim, Mohamad Ali.
O modelo psicanalítico kleiniano aplicado à prevenção em saúde mental na infância / Mohamad Ali Abdul Rahim; orientador Ryad Simon. -- São Paulo, 2006.
248 p.
Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Promoção da saúde 2. Prevenção 3. Psicanálise 4. Klein, Melanie, 1882-1960 I. Título.

RA427.8

FOLHA DE APROVAÇÃO

Mohamad Ali Abdul Rahim
O modelo psicanalítico kleiniano aplicado
à prevenção em saúde mental na infância

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor.
Área de Concentração: Psicologia Clínica

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura:_____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura:_____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____Assinatura:_____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura:_____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura:_____

DEDICATÓRIA

À minha esposa Hadia e meus filhos Nadia e Hadi, em nome dos quais dediquei todos estes anos de pesquisa e a quem agradeço pela atitude paciente e demonstração de confiança e afeto.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Mestre Ahmad Hadi Yashruti, fonte constante de inspiração e de inesgotável sabedoria.

Ao Prof. Dr. Ryad Simon, pela sua serena e sábia presença nos momentos decisivos durante o processo de elaboração desta pesquisa.

À Universidade de São Paulo, por abrir suas portas e permitir a realização desta tese de doutorado.

À Arlete, em nome do Departamento de Psicologia Clínica, pela paciência e generosidade com que ofereceu suporte e ajuda.

À bibliotecária Aparecida Angélica Zoqui Paulovic Sabadini do Serviço de Biblioteca e Documentação do Instituto de Psicologia, e à bibliotecária Maria Eduarda da UNIP campus Santo pelas precisas orientações quanto à pesquisa bibliográfica e à normatização das referências bibliográficas e citações.

“Ninguém comete erro maior do que não fazer nada porque só pode fazer pouco”.

Edmund Burke

RESUMO

ABDUL-RAHIM, M. A. **O modelo psicanalítico kleiniano aplicado à prevenção em saúde mental na infância.** 2006. 248f. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

O presente trabalho visou à realização de uma análise teórica do modelo psicanalítico kleiniano com a finalidade de formular uma concepção de prevenção em saúde mental na infância. Buscou também avaliar a existência de concepções kleinianas que apontem para a prevenção primária, bem como elementos que corroborem a intervenção preventiva primária, em suas aplicações universal, seletiva e indicada. Foram formulados conceitos de saúde mental com base no modelo psicanalítico kleiniano, e analisadas as influências do processo de transformação do superego como precondição para a consolidação da saúde mental na infância. Sua viabilização se deu a partir de pesquisa teórica de livros, artigos científicos, e outras fontes de informação relacionadas às obras completas de Melanie Klein e aos escritos dos pós-kleinianos. A análise do material teórico contemplou as principais categorias conceituais da teoria kleiniana e enfatizou vértices que marcassem o encontro com as noções de prevenção e saúde mental. Conclui-se que o modelo kleiniano comporta a idéia de prevenção primária e reúne elementos para nortear intervenções preventivas universais, seletivas e indicadas. A saúde mental é definida como um estado fluido, influenciado por fatores quantitativos e qualitativos, e que se caracteriza pela resiliência e competência sócio-emocional. A transformação do superego arcaico em consciência moral é tida como essencial para o alcance da saúde mental, juntamente com a integração do ego. Por fim, com base em análise teórica do modelo kleiniano, e a partir do estudo da interação entre os fatores de risco e fatores protetivos, foi elaborada proposta inspirada na geometria cartesiana para aplicação em intervenção preventiva primária. Foram analisadas as implicações teóricas e éticas da aproximação entre a teoria psicanalítica e a abordagem preventiva.

Palavras-chave: Promoção da saúde. Prevenção. Psicanálise. Klein, Melanie, 1882-1960.

ABSTRACT

ABDUL-RAHIM, M. A. **The kleinian psychoanalytic model applied in infant mental health prevention.** 2006. 248f. Thesis (Doctoral) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

The present work aimed at the theoretical analysis of the kleinian psychoanalytic model to formulate a conception of infant mental health prevention. Attempted also to evaluate the existence of kleinian conceptions directed towards primary prevention, as well as elements that corroborate the primary prevention intervention, in its universal, selected and indicated applications. Concepts of mental health were formulated, based on the kleinian psychoanalytic model, and the influences of the transforming process of the superego as precondition to the mental health consolidation in childhood were analyzed. Its viability was accomplished by theoretical research of books, scientific articles, and other sources related to Melanie Klein's work. The analysis of the theoretical material contemplated the main conceptual categories of the kleinian theory and emphasized vertices the pointed out the meeting with notions of prevention and mental health. It was concluded that the kleinian model holds the idea of primary prevention and reunites elements to support universal, selective and indicated preventive intervention. Mental health is defined as a fluid state, influenced by quantitative and qualitative factors, and characterized by resilience and social-emotional competence. The transformation of the archaic superego in moral conscious is considered essential to the reaching of mental health, hand in hand with the integration of the ego. Finalizing, based on the theoretical analysis of the kleinian model, and the study of the interaction between risk factors and protective factors, a proposal inspired on Cartesian geometry applied in primary prevention intervention was elaborated. The theoretical and ethical implications of the approximation between the psychoanalytic theory and the preventive approach were examined.

Keywords: Health promotion. Prevention. Psychoanalysis. Klein, Melanie, 1882-1960.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Apresentação gráfica da interação entre os fatores internos e externos.....201

Figura 2 - Diferentes combinações resultantes da interação entre os fatores.....206

Figura 3 - Aplicação das linhas transversais sobre os quadrantes.....208

Figura 4 - Apresentação gráfica da interação dinâmica entre os fatores.....212

Figura 5 - Apresentação gráfica da incidência da intervenção preventiva.....214

Figura 6 - Apresentação gráfica da interação entre os fatores na relação mãe-bebê.....215

Figura 7 - Apresentação gráfica do efeito de um desmame abrupto.....216

Figura 8 - Apresentação gráfica do efeito da recomendação enquanto fator externo.....217

Figura 9 - Apresentação gráfica do efeito da reação do bebê enquanto fator interno.....217

SUMÁRIO

1 Introdução **12**

1.1 Apresentação **12**

1.1.1 O Modelo Psicanalítico Kleiniano **24**

1.2 Relevância das Propostas **31**

1.3 Objetivos **40**

1.4 Revisão Bibliográfica **41**

1.4.1 Noções de Prevenção em Saúde Mental **41**

1.4.2 Psicanálise e Prevenção **58**

1.4.3 Psicanálise e Educação **66**

1.4.4 A Infância e o Infantil em Psicanálise **72**

1.4.5 O Modelo Kleiniano **76**

1.4.5.1 O Modelo Kleiniano: Visão de Homem **83**

1.4.5.2 O Modelo Kleiniano: Posições x Fases **89**

1.4.5.3 Relação de Objeto Precoce x Narcisismo Primário **103**

1.4.5.4 Superego Arcaico x Herdeiro do Complexo de Édipo **111**

1.4.5.5 A Teoria da Inveja **126**

2 Material e Método **133**

2.1 Delineamento da Pesquisa **133**

2.2 Operacionalização **133**

3. Discussão **135**

3.1 Conceitos de Saúde Mental **139**

3.1.1 Uma Questão Também Quantitativa **141**

3.1.2 Um Estado Fluido **146**

3.1.3 Uma Competência Sócio-Emocional **151**

3.1.4 A Resiliência **159**

3.2 A Integração Psíquica: Transformação do Superego e o Fortalecimento do Ego **166**

3.3 A Prevenção Possível **179**

3.4 Fatores Protetivos e Fatores de Risco **192**

3.5 Convergência entre a Teoria da Adaptação e a Prevenção: o Modelo Psicanalítico-Adaptativo de Ryad Simon **198**

4. Conclusões **219**

5. Recomendações **226**

REFERÊNCIAS **231**

1 Introdução

1.1 Apresentação

O presente trabalho científico visou à realização de uma análise teórica do modelo psicanalítico kleiniano com a finalidade de formular uma concepção de prevenção em saúde mental na infância. As razões para a escolha de tal tema, sua relevância e a proposta de encaminhamento desta empreitada serão explicitadas adiante. O caminho seguido passou por elementos de âmbito geral, voltados para a psicoprofilaxia infantil, e outros específicos, ligados à contribuição da psicanálise e do modelo kleiniano a este debate.

O desenvolvimento infantil tem sido um foco de interesse recorrente na atualidade, bem como a possibilidade de acompanhar seu curso de modo a garantir o ótimo cumprimento de suas etapas ou possibilitar ação preventiva para evitar seu fracasso.Os avanços observados no entendimento deste campo no último século não deixam dúvidas quanto ao complexo universo que se descortina diante de todos.

O interesse na temática do desenvolvimento mental infantil e dos aspectos que possibilitam ou afetam seu curso têm acompanhado o autor deste trabalho já em pesquisa anterior (Abdul-Rahim, 2000), a qual enfocou processos psicossomáticos desencadeados na primeira infância. Porém, o estudo sobre a prevenção revelou-se urgente em decorrência das limitações e impossibilidades encontradas no atendimento ao sofrimento emocional infantil, e dos alarmantes dados epidemiológicos que retratam este quadro.

O atendimento a grandes populações de crianças que buscam assistência psicológica em unidades básicas de saúde ou que freqüentam escolas públicas e apresentam carências ou transtornos no desenvolvimento psicológico, revelou ser tarefa árdua a oferta de intervenção psicológica eficaz. A contínua aparição espontânea de casos que demandavam atenção psicológica, ou que eram produzidos pela instituição (escola em especial), tornava a abordagem remediativa quase inútil aos propósitos de uma população carente e crescentemente desassistida. A intervenção preventiva impôs-se como alternativa quase obrigatória se consideradas as condições da oferta de serviços e as estatísticas alarmantes sobre transtornos mentais na infância.

As conclusões alcançadas em pesquisa anterior realizada pelo autor do presente trabalho (Abdul-Rahim, 2000), já apontavam para a necessidade de lançar mão dos achados já existentes sobre a prevenção em saúde mental na infância, bem como produzir novos conhecimentos que embasassem iniciativas que pudessem abranger maior número de pessoas assistidas e evitar o aparecimento de transtornos difíceis de tratar. Esta tarefa, para aumentar as chances de êxito, precisava ser beneficiada pela introdução de arcabouço teórico que acrescentasse maior compreensão das vicissitudes que envolvem o crescer e o adoecer psíquico. A proposta de fazer uma aproximação entre os fundamentos e benefícios da prevenção e o olhar profundo e problematizador da psicanálise, apesar de aparentemente parecer insólito, revelou-se de extrema valia na busca por alternativas mais próximas dos anseios por uma saúde mental viável, que agregue os valores de saberes que pouco se encontram. Assim, as virtudes de um compensam as carências do outro.

Se por um lado a psicanálise carece de expedientes que apresentem resultados concretos na resolução e prevenção de muitos dos efeitos de uma infância malsucedida, o que pode ser compensado pelas práticas e fundamentos da ciência preventiva, por outro lado esta

última carrega os vícios de uma visão positivista que dificulta a compreensão dos fenômenos que estão na raiz deste problema, campo em que a psicanálise tem muito a oferecer.

Pode-se dizer que o século XX foi o século da infância, tamanhas foram as descobertas sobre a criança, destacadas aqui as contribuições da escola psicanalítica (Freud, 1905; Klein, 1928, 1946, 1952a, 1958; Spitz, 1979; Winnicott, 1990a, 1990b; entre outros) que revelou uma nova ótica sobre a relação entre a criança, sua sexualidade e o ambiente; etológica (Bowlby, 1977, 1988, 1990), que esclareceu as raízes do vínculo afetivo; epistemológica genética (Piaget, 1967, 1993, 2002), que apontou o papel do sujeito epistêmico na construção de seu próprio conhecimento, em interação com o meio; sócio-histórica (Vygotsky, 1991, 1993), a qual destacou a importância da interação social na formação do sujeito; e psicogenética-dialética (Wallon), que alçou a um lugar de destaque a dimensão do movimento no desenvolvimento humano e a visão integral do homem(Galvão, 1995). Consideradas tais descobertas, parecem absurdas a um observador deste século as maneiras de lidar com a infância até meados do século XIX (Aries, 1978).

Poucos discordam da idéia de que os primeiros seis anos de vida (os dois primeiros em especial) representam um período de intensa transformação e formação das bases das habilidades cognitivas, afetivas e sociais do homem. Sabe-se atualmente que o bebê começa sua aprendizagem desde o primeiro dia de vida e que estas experiências iniciais são responsáveis pela formação de boa parte das conexões cerebrais, mais do que por mera determinação genética. O contato com o meio ambiente, principalmente o social, confere ao bebê um universo de possibilidades de desenvolvimento graças à plasticidade do seu cérebro. Dito de outra forma, as pessoas com as quais ele vai interagir serão protagonistas, junto com ele, na construção de sua personalidade.

A primeira infância e a idade pré-escolar reúnem experiências e momentos críticos que de certo traçam contornos bem definidos na personalidade. A velha máxima freudiana de que

“a criança é o pai do homem” é difícil de contestar, mesmo depois de anos de críticas à psicanálise. Não se trata de dar um tom fatalista ao curso do desenvolvimento, e sim reconhecer o papel de destaque das experiências da infância, e sua forte influência sobre os determinantes da personalidade. É sabido que transformações estão sempre em curso nos valores, atitudes e temperamento, mas se tornam menos intensas e freqüentes com o passar dos anos. Em alguns aspectos inclusive, pode-se até falar em rigidez e imutabilidade.

Avanços em diversos campos garantiram uma infância mais segura e saudável, de modo que ela pudesse se realizar mais satisfatoriamente.

Os avanços na área médica possibilitaram a consolidação de práticas de saúde preventiva antes inimagináveis, tais como a fixação de um calendário de vacinação, o acompanhamento pré-natal, a puericultura, as práticas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde para a promoção da saúde da criança no que tange a alimentação e higiene básica, etc. Motivada pelo progresso científico, a medicina orgânica, voltada para esforços preventivos, eliminou doenças virais e bacterianas causadoras de grandes epidemias (Apolito, 1978). Contudo, não foi observado êxito semelhante na prevenção dos transtornos mentais, o que abriu caminho para críticas duras à inépcia da psiquiatria.

No âmbito educacional formal, impulsionado pelas teorias do desenvolvimento e da aprendizagem, verificou-se uma evolução nas técnicas pedagógicas, no respeito às habilidades, capacidades e potencialidades de cada aluno e na relação professor-aluno, apesar das muitas distorções e atraso ainda observados neste campo. Nas últimas décadas inclusive, as crianças com deficiência receberam grande atenção das autoridades públicas e dos estudiosos em Educação e desenvolvimento infantil.

Avanços nas regras sociais também garantem atualmente o respeito às especificidades da vida infanto-juvenil, como a proibição do trabalho infantil, a proteção dos direitos da criança e do adolescente através de dispositivos legais, a criação de instituições que garantam

a aplicação das leis de proteção, bem como a aplicação de penalidades nos casos de violação das mesmas. É notória, porém, a distância entre o estabelecimento de regras e sua aplicação, na realidade brasileira.

No que concerne à saúde mental da criança, alguns fatores parecem problematizar a realização e incorporação de práticas preventivas, tanto no âmbito da informalidade do lar, quanto no da formalidade das instituições, apesar dos benefícios indiretos trazidos pelas medidas citadas acima.

Em primeiro lugar, a amplitude e abrangência do que se pode chamar "promoção da saúde mental", autoriza profissionais das mais diversificadas formações a atuarem neste terreno, o que, por um lado, contribui para o diálogo entre variados campos do saber, e por outro, permite que cada um incorpore o papel de profissional qualificado para opinar, orientar e determinar o que é melhor para a criança. Assim, dilui-se de forma errante a promoção da saúde mental da criança. Os modelos de promoção de saúde mental e de intervenção preventiva não se contrapõem, mas têm importantes diferenças conceituais e filosóficas, as quais serão abordadas mais detalhadamente em outra parte deste trabalho.

Em segundo lugar, sobram divergências quanto aos modelos teóricos mais adequados para nortear tão valiosa e complexa tarefa. Debates intensos tiveram lugar nas últimas décadas e parecem ter inaugurado este século sem o vislumbre de um consenso.

Em terceiro lugar, vale ressaltar o lugar da família, e mais precisamente, dos pais ou responsáveis, neste debate. Verifica-se nos dias de hoje uma intensa transformação nos papéis de quase todos os agentes sociais, especialmente os que fazem parte do grupo primário familiar. A primazia do econômico diminui o espaço para as trocas afetivas e empobrece os laços entre pais e filhos. A crescente institucionalização das relações interpessoais distancia cada vez mais o indivíduo de um vínculo verdadeiramente íntimo e rico de afetividade, e aproxima-o dos contratos burocráticos e formais que caracterizam uma relação profissional.

Neste cenário, a autorização para opinar sobre o que é melhor para a criança fica a cargo quase que exclusivo daqueles que detém algum status legitimado pela burocracia e formalidade das instituições formadoras.

E numa escala mais ampla e invisível, as indústrias da propaganda e do entretenimento impõem o ideário capitalista do consumismo ilimitado, aumentam o poder sobre a formação da criança, substituindo amplamente outras instituições tradicionais, como a família, a igreja ou a escola. Seu corolário pode ser observado no esforço da psiquiatria, em conjunto com a indústria farmacêutica, na disseminação das soluções medicamentosas como panacéia para o sofrimento psíquico humano. A imposição de uma felicidade ilimitada e onipresente rechaça qualquer tentativa de reflexão ou contato com a subjetividade, principalmente se isto significar dor ou mal-estar (Kehl, 2003).

"O sujeito de nossa modernidade (portanto todos nós e nossas crianças) parece ser forçado a remover a dor" (Ripa di Meana, 2001). Com esta afirmação, a autora chama a atenção para a tendência de se considerar as iniciativas em prevenção como forma de otimizar a vida e reprimir a dor. Baseada nas declarações de Françoise Dolto, a autora evidencia os riscos de se assumir um ideal de bem estar, gestado nos anos 80, que teria levado a uma evitação do risco, inclusive o de ser feliz. Assim sendo, a evitação do dano ou da doença, próprios da prevenção primária, poderia conduzir o homem a um paradigma imposto e convencionado universalmente, o que exige cautela na construção de um caminho viável de prevenção.

Finalmente, porém não menos importante, a idéia de prevenção na infância encerra numerosas controvérsias, em especial no terreno psicanalítico, sobre o qual se debruça este trabalho científico. Visar à prevenção em psicanálise pode subverter, segundo alguns autores, a própria essência do trabalho psicanalítico: a investigação do inconsciente, já que este não comporta a idéia de tempo, essencial para o trabalho preventivo. No apêndice de seu relevante

trabalho “A psicanálise de crianças”, Klein (1932b) fala dos alcances e limites da psicanálise e, apesar de enfatizar a impossibilidade de livrar por completo a criança dos riscos de uma erupção psicopatológica, aponta a psicanálise como medida profilática que diminui as chances de aparecimento futuro de doença. Nesse trabalho, há uma defesa explícita da prevenção secundária:

> Se toda criança que apresenta perturbações graves fosse analisada em tempo hábil, um bom número daquelas pessoas que mais tarde terminam em prisões ou hospitais psiquiátricos ou que se desintegram seriam salvas deste destino e seriam capazes de desenvolver uma vida normal (Klein, 1932b, p.300).

Apesar de iniciativas fecundas com vistas à prevenção no terreno psicanalítico (Dolto,1989a, 1989b, 1996, 1999; Laznik-Penot, 1994), sobre a educação de crianças (Associação psicanalítica de Porto alegre, 1995; Dolto, 1998; Hoffer, 1983; Kupfer, 1994; Rickman, 1969; Veiga, 1992), este tema faz emergir questionamentos a respeito da validade da iniciativa preventiva, dos riscos das tentativas de controle e da inevitável e constante expressão de intangíveis elementos inconscientes. Esta posição, porém, estende a toda a psicanálise a noção de tempo existente no inconsciente, como se fosse sua única ocupação e fundindo uma no outro. A noção de tempo inexiste no sistema inconsciente (Freud, 1915a), mas não se estende a psicanálise, a qual tenta dar sentido às suas manifestações. Ao trazer para o sistema consciente a compreensão de alguns elementos inconscientes, faz-se uso das qualidades do primeiro, como a linguagem, o processo secundário e o princípio da realidade.

Segundo Mezan (2002), a psicanálise encerra em seu âmbito um paradoxo: os impasses da razão e a sedução da desrazão. Há os que se deixam seduzir pela desrazão, numa atitude apaixonada, e que, portanto, evitam os impasses da razão, o que , na opinião do autor deste trabalho, limita indevidamente as possibilidades de pesquisa científica neste campo. A pesquisa científica deve garantir, antes de qualquer coisa, a aplicação e utilidade do

conhecimento científico acumulado, no dizer de Bacon. Neste caso, a relação entre psicanálise e prevenção parece encerrar impasses e dificuldades semelhantes às observadas na relação entre psicanálise e ciência, quais sejam: os problemas da previsibilidade e da generalização.

Instituições psicanalíticas comprometidas com a perpetuação de dogmas, baseadas num fanatismo conceitual que engessa a necessária abertura para reformulações e reciclagens (no sentido de descobrir novas aplicações para idéias antigas), comprometem as possibilidades de expansão e oferecem farto material para os que profetizam o fim da psicanálise. Com isso, a psicanálise acaba tendo papel quase inexpressivo na aplicação do saber acumulado em seu bojo, notadamente na promoção de ações preventivas em saúde pública.

A própria psicologia, desde seus primórdios, assim como a psicanálise, apresenta-se como ciência e como profissão, fundada numa tensa interação entre teoria e prática. Izard (2002) lembra que tem havido uma considerável lacuna entre a teoria e a prática psicológica e que a implementação de intervenções baseadas em pesquisas básicas em tratamento e prevenção podem promover uma maior aproximação entre ambas e até mesmo fechar estas lacunas.

Uma simples abordagem superficial da psicoprofilaxia na infância já permite vislumbrar as dificuldades de tal empreitada.

Como se pode notar, assistiu-se nos últimos tempos ao reconhecimento da infância e à especialização de seu acompanhamento, tanto com vistas à prevenção, em vários níveis, quanto a remediação. O conhecimento acumulado conduziu um exército de profissionais a esta difícil tarefa. Aspectos biopsicossociais são levados em consideração, pois é notório o reconhecimento de vários elementos em jogo neste complexo universo do desenvolvimento infantil.

Para se ter uma idéia de como o olhar sobre a criança sofreu transformações, é sabido que na idade média não se fazia distinção clara entre a criança e o adulto e a vida escolástica não reservava espaços exclusivos de acordo com a idade (Aries, 1978). A precocidade da passagem da criança para a idade adulta só foi sendo inicialmente superada no início do século XIX, porém foi no século passado que a compreensão sobre a infância teve seu maior crescimento.

Ademais, o aumento da preocupação e interesse na infância fez descortinar-se diante de pesquisadores e clínicos um novo mundo repleto de infinitos detalhes. Como negar as contribuições oferecidas e polêmicas causadas pelas descobertas de Freud (e de seus seguidores) sobre o universo mental da criança e sua implicação no comportamento adulto. De inegável reconhecimento é também a teoria piagetiana, que ofertou ao mundo acadêmico, educacional e familiar uma nova ótica sobre o desenvolvimento intelectual. Para ficar apenas nesses exemplos, não é difícil perceber um expressivo aumento na atenção dirigida hoje à criança. Pesquisas posteriores balizadas nos marcos oferecidos por estes autores têm aprofundado os debates e estudos sobre o desenvolvimento infantil, levando a algumas reformulações (Flavell, 1975 e outros).

Antes de Freud, a infância era vista como um estado passageiro em direção à vida adulta, e a finalidade era tornar civilizada aquela criatura primitiva. Assim, não havia razão para prestar atenção ao desenvolvimento infantil. Crianças eram deixadas em colégios internos ou hospitais, sem preocupações quanto ao efeito da separação do seu cuidador, contanto que fossem oferecidas condições favoráveis para a manutenção da integridade física.

A princípio, o comportamento infantil era colocado em oposição ao comportamento adulto. Depois de Freud, o comportamento adulto passou a ter suas raízes na infância. Esta mudança de visão sobre a infância provocou um impulso nos estudos científicos relativos ao

comportamento da criança, especialmente fora do contexto da clínica, e com ênfase nos estágios precoces do desenvolvimento.

Durante e após a segunda guerra mundial, vários estudos alteraram a visão anterior, provando que a privação da figura materna traria conseqüências sérias ao desenvolvimento da criança (Burlingham & Freud, 1942) e poderia até levar à morte (Bowlby, 1988, 1990; Spitz, 1960).

Na década de 1950, os estudos de Bowlby ganharam destaque e foram confirmados por várias outras pesquisas que se seguiram (Mohacsy, 1983), com enfoque nos malefícios da separação entre a criança e sua mãe.

Nos anos 60, Margaret Mahler (1968) destacou-se por seus trabalhos sobre a relação mãe-bebê, ao descrever o que chamou de processo de separação-individuação. Neste mesmo período, a escola britânica concentrou esforços no estudo das relações objetais (Balint, 1968; Fairbairn, 1952; Guntrip, 1961; Winnicott, 1965). Os teóricos das relações objetais argumentavam que a relação mãe-bebê é a base da formação da personalidade e determina o desenvolvimento. As contribuições de Melanie Klein e sua importância serão apresentadas em outra parte.

Vários outros aspectos da vida infantil foram objeto de estudo e pesquisa, especialmente numa abordagem psicanalítica (distúrbios do sono, da alimentação, o controle dos esfíncteres, a masturbação, etc.). Observa-se atualmente um incremento no interesse pelas experiências infantis e suas repercussões no futuro. Os ambientes físico e afetivo-relacional se apresentam como decisivos no emolduramento das características da personalidade do indivíduo.

As inúmeras dificuldades existentes no estudo das variáveis constantes na relação indivíduo-meio ambiente impõem limites severos nas pesquisas científicas sobre o assunto.

Apresentar conclusões num terreno carente de objetividade e previsibilidade é tarefa das mais árduas.

Emde (1988) destaca as controvérsias e desencontros entre pesquisadores que buscam algum padrão nas reações comportamentais resultantes do desenvolvimento. O autor aponta a oposição entre a psicanálise tradicional e os desenvolvimentistas atuais, mostrando que Freud lamentava a previsibilidade da estereotipia neurótica e mal-adaptada, contra o "paradoxo desenvolvimental", que revela a falta de previsibilidade do comportamento através do tempo. Nas palavras de Emde (1988) "o homem não é apenas organizando, ele está se organizando" (p.25).

Talvez por esta razão, e por outras de ordem histórica, cultural, econômica e científica, o século passado foi o palco (e provavelmente o atual será também) para a consolidação de uma cultura organicista e geneticista.

O meio ambiente dá lugar à genética; o indivíduo consciente e inconsciente sede espaço para um organismo destituído de subjetividade e submetido aos imperativos biológicos e físico-químicos. Desta forma, a medicalização torna-se inevitavelmente presente como a principal opção de atendimento à infância. A idéia de que um desequilíbrio bioquímico está na origem dos sintomas comportamentais marca uma visão exageradamente reducionista. Nos EUA, o uso generalizado de medicamentos (como a Ritalina) para tratar crianças com problemas emocionais ou comportamentais, tem levantado dúvidas sobre este procedimento e esta visão.

A um longo percurso nas ciências biológicas, que culminou na descoberta da estrutura do DNA (a dupla hélice), seguiu-se uma série de debates marcados, por um lado, pelos avanços na biologia molecular (com o projeto genoma humano), e por outro, pelo radicalismo e sensacionalismo resultantes deste projeto. O debate sobre os determinantes da natureza humana, que colocam em oposição os defensores da natureza ("nature"), os quais atribuem

aos genes a explicação para todas as características humanas, inclusive as comportamentais, e os defensores da cultura ("nurture"), que descrevem o homem como sujeito sócio-histórico ou moldado pelas contingências ambientais, parece pender atualmente para o primeiro grupo, principalmente no imaginário popular e no discurso de cientistas pouco rigorosos em suas acepções. Nomes consagrados, como o do ganhador do prêmio Nobel pela descoberta da dupla hélice, James Watson (juntamente com Francis Crick e Maurice Wilkins), reforçam a crença no determinismo genético ao asseverar que as doenças mentais estão inscritas nos genes, ou que "a burrice é genética" (Leite, 2003). Alguns estudos inclusive tentam minimizar a influência ambiental no desenvolvimento da capacidade cognitiva, correlacionando-a quase que exclusivamente à carga genética (Thompson et al, 2001). Abordagens da biologia evolucionista (Burnham & Phelan, 2002; Dawkins, 1989; Pinker, 1998, 2002), da psicologia evolucionista, e da sociobiologia (Wilson, 1980, 1981), ancoradas num ultradarwinismo, engrossam o coro do determinismo genético.

Debates mais recentes, porém, têm sido marcados pela ponderação no peso do DNA (ácido desoxirribonucléico, principal componente dos cromossomos) na determinação do comportamento humano e da biologia genética na explicação sobre as diferenças individuais (Olson, 2003). Curiosamente, surgem agora vozes que elevam mais uma vez o fanatismo genético, ao atribuírem o mesmo poder determinante e milagroso, desta vez ao RNA (ácido ribonucléico, aparentado com o DNA). Parece difícil suportar a idéia de que a natureza humana, e principalmente o funcionamento mental, escapam à fantasia onipotente da explicação reducionista e simplista.

A hereditariedade parece ter sua influência sobre o homem durante toda sua vida, mas a expressão de um gene é em parte determinada por influências ambientais. Entretanto, quando a hereditariedade deixa sua marca no homem? Estudos mostrados por Emde (1988) surpreendem os que acreditavam que a hereditariedade predominava na infância. Ao contrário

da crença vigente, o comportamento é mais afetado pela hereditariedade com o avanço da infância em direção à adolescência. No dizer de Searr & Kidd (1983), citados pelo autor, "o desenvolvimento de genótipos em fenótipos toma lugar em um espaço epigenético no qual forças ambientais, do nível celular ao nível social, afetam os resultados fenotípicos" (Emde, 1988, p.27).

Sem desconsiderar o papel determinante dos fatores constitutivos do indivíduo na formação da personalidade infantil, a atenção aqui é dirigida também às variáveis psicossociais (afetivo-relacionais). A análise de propostas teóricas que desvendem os meandros de experiências desde as mais primitivas até as que ainda têm lugar na memória consciente, e suas implicações no curso do desenvolvimento, visa a oferecer uma outra alternativa de atendimento à criança e acompanhar seu crescimento. Uma alternativa voltada às necessidades afetivas e psicossociais da criança, e próxima da infância que hoje se conhece, uma infância mais complexa, vulnerável e cheia de recursos em seus primórdios.

O bebê que foi descoberto, gradativamente, a partir das pesquisas na área da psicologia do desenvolvimento, da biologia, da neurologia, da lingüística, é um indivíduo muito mais rico sensorialmente, capaz socialmente, e ávido cognitivamente, mas, em conseqüência, mais sensível e vulnerável afetivamente. Assim, este "novo" bebê exige um tratamento compatível com tais descobertas, o que só é possível lançando-se mão de uma abordagem teórica em consonância com esta visão de homem.

1.1.1 O Modelo Psicanalítico Kleiniano

Antes de expor as razões da escolha do modelo teórico kleiniano, é recomendável esclarecer porque foi feita a escolha por uma teoria inserida no âmbito da psicanálise.

Como já foi dito antes, o tratamento dado à infância sofreu grandes transformações no decorrer do século passado. Sem sombra de dúvida, a psicanálise está entre as áreas do saber que mais contribuiu para esta guinada, e de forma dramática e decisiva. Dramática porque inaugurou um olhar inédito e chocante sobre a criança, ao postular a existência de uma sexualidade infantil; e decisiva porque este olhar tornou-se um divisor de águas na história da psicologia da criança e da psicologia do desenvolvimento. Este caráter inovador já confere ao terreno psicanalítico um lugar promissor para investigações científicas.

A ampliação da visão sobre os processos psíquicos, negando a igualação entre consciente e psíquico (Freud, 1900, 1915a), deu ao inconsciente um lugar de destaque (lugar do qual nunca saiu), o que possibilitou uma profunda compreensão do funcionamento mental. Uma série de comportamentos, normais ou patológicos, civilizados ou primitivos, antes relegados ao status de manifestação incoerente, sem sentido e sem importância, teve seu sentido resgatado e suas causas reveladas. Assim, é possível dizer que a psicanálise deu voz a elementos psíquicos que antes haviam sido calados pelo desconhecimento e pela repressão. E a criança insere-se neste contexto, como também a mulher nos estudos sobre a histeria (Breuer & Freud, 1893–1895), pois seu discurso ganhou significado e suas manifestações comportamentais, compreensão.

E neste ponto emerge outro instrumento no cabedal psicanalítico que o qualifica como privilegiado para o trabalho de ajuda à infância: a interpretação. A existência de processos inconscientes em jogo todo o tempo impõe uma espécie de regra ao olhar psicanalítico sobre o sujeito (neste caso a criança): por trás de toda manifestação há um conteúdo manifesto e um conteúdo latente. Os discursos infantis, os atos da criança em geral, ganham o status de desconhecido a ser revelado. Surge a oportunidade de dar voz à expressão da criança, uma

voz que traduz seu universo (ou pelo menos que tenta traduzi-lo), ao invés de servir de projeção para as necessidades de defesa adulta. O manifesto não é mais o sinal de algo fortuito ou sem sentido, ou ainda simples reação às contingências ambientais, mas sim o elo de ligação entre o que foi possível (e permitido) surgir, e a força que o originou. O conteúdo tornado aparente, então, é o resultado de um acordo que deixa em seu rastro o caminho de volta para o seu real significado.

Desta feita, a psicanálise almeja de maneira ambiciosa trazer à tona a criança que se perdeu em séculos de repressões, projeções, formações reativas, racionalizações e toda a sorte de dispositivos egóicos de uma civilização pouco receptiva às vicissitudes da infância.

Em meio às evoluções tecnológicas e transformações sociais, alavancadas pelo ideário capitalista, a subjetividade perdeu seu valor e lugar. As resignificações tão necessárias para forjar um sujeito que vive em mutação e precisa se afastar o quanto pode (ou suporta) das fantasias onipotentes de imortalidade e gozo ilimitado, sob pena de cultivar uma ansiedade perene devido à busca pelo impossível, dão lugar à ilusão da felicidade eterna e à proibição em sentir qualquer tipo de ansiedade.

A escolha por um campo psicanalítico de investigação representa, de partida, uma oposição a este ideário e implica numa postura que reconhece a inevitabilidade do enfrentamento de uma realidade distante daquela desejada pelo princípio do prazer, que vê o contato com a angústia como uma oportunidade de reformulação, que enfoca a intersubjetividade como o lugar da resignificação constante do ser, e finalmente, que tenta aproximar o sujeito da possibilidade da felicidade e não da felicidade impossível.

Entretanto, talvez ainda mais complexa é a tarefa de dosar o uso do arcabouço psicanalítico e não permitir uma perturbação do olhar profissional a partir da supervalorização do mesmo. A possibilidade de um trabalho preventivo deve incluir a participação efetiva daqueles que formam e mantêm a rede afetiva que justamente protege (ou desampara) a

infância e previne (ou acarreta) a doença: a família. A intervenção psicoprofilática, ao invés de excluir a indispensável presença dos pais, ou mesmo enquadrar as interações afetivas em moldes artificialmente constituídos, deve favorecer a aplicação de padrões de interação que na verdade existem em forma embrionária e potencial. Ou ainda identificar modos de relação comprovadamente daninhos para o satisfatório desenvolvimento infantil.

Afastando-se de um projeto higienista, dado à criação de ambientes excessivamente artificiais e rigidamente anti-sépticos, o que conduz a uma personalidade destituída de recursos mínimos para o enfrentamento da realidade, propõe-se um esforço "preventivista", dirigido a evitação do sofrimento inútil e desestruturante.

O maior desafio, portanto, não é o de propor um projeto previamente arquitetado e impor sua construção. Ao contrário, mister se faz construir continuamente as condições que permitam a elaboração no seio da família de um projeto que antes permita à criança crescer e se desenvolver o máximo possível. Neste contexto, a prevenção não deve contemplar um dogmatismo que promete acertar sempre, mas um realismo que visa tentar sempre.

Pode-se dizer que o desenvolvimento de práticas preventivas em saúde mental é uma preocupação dos que lidam direta ou indiretamente com o comportamento infantil (pais, professores, psicólogos, médicos, fonoaudiólogos, assistentes sociais e outros). Mas de que modo isto pode ser garantido, e quais as teorias que embasam tão relevante tarefa? A psicanálise pode contribuir para este debate? Mais ainda, o modelo kleiniano, reconhecidamente revolucionário e pioneiro no atendimento à primeira infância, é capaz de oferecer elementos teóricos capazes de promover a psicoprofilaxia infantil? Finalmente, é possível falar em prevenção sem incorrer numa espécie de atitude premonitória?

Verifica-se, de partida, que se trata de tarefa bastante complexa a busca de respostas para estes questionamentos. Um sem número de opiniões voltadas para a compreensão (psicanalítica ou não) do desenvolvimento da criança, com propostas bastante diversificadas,

revela um cenário de ricas formulações teóricas e, ao mesmo tempo, muitas idéias inconciliáveis.

A princípio, podem ser listadas diversas obras que versam sobre variados temas relacionados ao desenvolvimento psicológico e suas vicissitudes, e que interessam a quem pretende trabalhar preventivamente, tais como: desenvolvimento emocional primitivo (Hoffer, 1983; Jerusalinsky, 1989; Klein, 1952a, 1952b, 1958; Lebovici, 1980; Simon, 1999; Stern, 1985; Winnicott, 1945); a evolução do comportamento infantil no primeiro ano de vida (Pinto, 1997); o desenvolvimento emocional infantil (Klein, 1928, 1932a, 1946, 1952a; Perez-Sanchez, 1983; Spitz, 1960; Winnicott, 1990a, 1990b) e as reações esperadas e patológicas neste período (Freud, 1937; Spitz, 1979); o processo de aquisição da independência (Mahler, 1982); a formação dos laços afetivos e as conseqüências do seu rompimento (Bowlby, 1977, 1988, 1990; Rutter, 1971, 1972; Yarrow, 1961); os mecanismos de defesa comuns na criança (Freud, A. 1936; Klein, 1946; Winnicott, 1990a); a influência da paternidade (Aberastury, 1984a; Dor, 1991); a formação da identidade sexual (Freud, 1905, entre outros); as repercussões das "situações de risco" (desmame, separação dos pais, morte de ente querido, o nascimento de um irmão (ã), etc.) no desenvolvimento psicológico (Aberastury, 1984b; Dessen, 1992; Dolto, 1989b; Klein, 1936; Kovacs, 1992; Lefort, 1988); o complexo de Édipo (Klein, 1928; Steiner, 1992;); e o desenvolvimento psicossocial da criança (Elkin, 1968; Erikson, 1971; Vygotsky, 1992, 1994; Youniss, 1980).

Como se pode notar o leque de assuntos relacionados aos aspectos emocionais e psicossociais do desenvolvimento é muito grande. A complexidade verificada e a amplitude encontrada reservam uma das mais árduas tarefas aos que objetivam intervir psicoprofilaticamente.

Assim sendo, a eleição de um único modelo teórico que reúna fecundas contribuições para o entendimento do universo mental infantil pode tornar mais viável a empreitada

vislumbrada no título deste trabalho. É certo que esta escolha leva a uma inevitável limitação na elaboração de idéias a respeito da prevenção na infância, mas é igualmente certo que esta opção impõe um caráter mais científico e factível a esta empreitada, dando-lhe mais coerência e objetividade. Ademais, não se objetiva esgotar as discussões teóricas sobre o tema, numa tentativa ilusória de dar contornos finais ou definitivos. Ao contrário, o que se busca é o aprofundamento do debate em torno da possível contribuição da psicanálise nesse campo, mais precisamente da contribuição kleiniana.

A análise detalhada de uma teoria pode fornecer elementos adicionais que antes não eram reconhecidos e, portanto, acrescentar mais instrumentos capazes de tornar viável a proposta de prevenção na infância. Uma teoria rica e profunda pode ser "visitada" por diversos "olhares", extraindo cada um deles elementos capazes de dar novas utilizações para a mesma. Foi e tem sido assim com a psicanálise de Freud, visitada por olhares médicos, sociológicos, antropológicos, psicológicos, leigos ou especializados, gerais ou específicos, revelando a riqueza de uma fonte teórica de inestimável valor. A cada revisitação, aspectos são destacados com o intuito de dar novas destinações às descobertas do autor (ou reformulações e limitações às mesmas).

É com vistas a esta revisitação que a teoria kleiniana é eleita. Propõe-se um olhar preventivo com a finalidade de examinar a possível existência de uma noção kleiniana de prevenção ou verificar a viabilidade de se destacar elementos que possibilitem a elaboração de proposta teórica capaz de oferecer alternativas ao trabalho de prevenção em saúde mental na infância.

As tentativas de estender ao público em geral as contribuições da psicanálise na prevenção em saúde mental na infância foram raras (Winnicott, 1966), em especial de inspiração kleiniana, (Bicudo, 1956; Isaacs, 1948; e outros). Aliás, tal percurso parece ser evitado pela psicanálise, de modo geral, e em parte pelas razões citadas anteriormente. A

simples formulação destas perguntas soa como heresia para muitos estudiosos da psicanálise. O receio de criar fórmulas prontas, portanto reducionistas (preocupação salutar), predispõem muitos a sequer se fazer questionamentos deste tipo (rigidez desnecessária). Um espírito verdadeiramente científico não é aquele que se permite fazer apenas incursões em terrenos conhecidos e seguros, mas que explora os terrenos independentemente de sua segurança ou previsibilidade.

Numa época em que as descobertas do pai da psicanálise ajudavam a compreender como os distúrbios psíquicos se constituíam e quais as leis que regiam o funcionamento mental, o olhar sobre o comportamento e o desenvolvimento infantil sofreu importantes mudanças. Apesar do pioneirismo e da inestimável contribuição de Freud, foi Melanie Klein, a partir de suas experiências clínicas com crianças pequenas e dos seus ensaios sobre o desenvolvimento emocional primitivo, quem aproximou a psicologia de uma maior compreensão sobre o mundo mental infantil. Ela reformulou conceitos freudianos, inaugurou técnicas terapêuticas na clínica da criança e lançou luz sobre um terreno bastante obscuro: o das personalidades psicóticas (Simon, 1986).

Corajosamente, viu nos primeiros meses de vida do bebê uma complexidade de sentimentos, pensamentos e outros processos mentais que chocaram estudiosos da época, mas que são cada vez mais confirmados pelos achados atuais sobre a atividade mental e sensorial infantil (Banks e Salapatek, 1983; Hayne, Rovee-Collier e Borza, 1991; Hillier, Hewitt e Morrongiello, 1992; Kuhl et al., 1992; Porter et al., 1992).

Com uma contribuição desta monta, seria inevitável recorrer a tão valiosa construção teórica para formular questionamentos tais como os citados aqui. Após ter alcançado tamanha importância no cenário psicanalítico e até no da psicologia da criança, tendo seus conceitos aplicados amplamente, teria a psicanálise kleiniana esgotado sua contribuição? Ou ainda tem a acrescentar ao debate atual sobre a prevenção em saúde mental infantil?

A hipótese assumida aqui é a de que a teoria psicanalítica kleiniana oferece material rico para contribuir na formulação de concepções psicoprofiláticas que podem ser aplicadas ao desenvolvimento psicológico infantil, por conter em seu bojo idéias de saúde mental, referências de desenvolvimento normal e patológico, bem como elementos que apontam para um desenvolvimento saudável, em especial no que se refere à formação e transformação do superego arcaico em consciência moral, e à integração do ego.

Em resumo, assumiu-se como hipótese que noções de prevenção e de saúde mental podem ser formuladas a partir da análise da teoria de Melanie Klein, em especial sobre a formação do superego e sua mudança no decorrer da infância, bem como sobre a integração do ego.

1.2 Relevância das Propostas

O contato freqüente com o comportamento infantil e sua patologia oferece experiência ao mesmo tempo enriquecedora e frustrante. Se de um lado é empolgante acompanhar a evolução das aquisições afetivas, sociais, motoras e intelectuais da criança, angustia o enfrentamento do sofrimento infantil decorrente da sabotagem de um ou vários aspectos de seu desenvolvimento, seja qual for a razão.

É notória a importância dos primeiros anos de vida na formação de personalidades saudáveis. Porém, é de conhecimento geral também que existe um descaso no atendimento às necessidades afetivas e educacionais das crianças neste momento crucial. Destacado o exemplo do poder público, o investimento em educação infantil, faixa que engloba crianças de 0 a 6 anos, revela a desatenção e a pouca importância dadas a este período crucial da vida. As

creches e escolas de educação infantil estão entre as menos preparadas para o oferecimento de atividades de qualidade na formação das crianças. Somado a isto, os profissionais destas instituições são os menos qualificados academicamente, com números reduzidos de pessoal com curso superior ou mesmo com noções mínimas sobre desenvolvimento infantil.

Pesquisas atuais têm apontado cada vez mais a precocidade da interação do bebê com o ambiente e as marcas, muitas vezes indeléveis, deste encontro nas mentes infantis, tanto em termos de desenvolvimento intelectual, quanto no que tange à estruturação da personalidade.

Mohacsy (1983), de posse destas evidências assevera que:

> Nós estamos diante do desafio de unir os avanços nas ações de saúde mental preventiva com as pesquisas sobre a psicologia do bebê. No presente, as evidências indicam que crianças são afetadas pelo mundo – e conseqüentemente seu desenvolvimento é de alguma forma marcado – desde o primeiro dia após o parto. Claramente, se a prevenção em saúde mental deve ser efetiva, também precisa começar naquele mesmo dia. (p. 273).

Curiosamente, os resultados destes estudos não estão chegando à população em geral, criando um hiato entre as conquistas científicas e os benefícios alcançados na melhoria da vida. Apolito (1978) destaca o fato de a prevenção em outros campos ter sido assumida por especialistas, enquanto na área da saúde mental esta tarefa ficou reservada à religião, à família, à escola e à justiça. O fracasso destas instituições, segundo este autor, mostra que o modelo tradicional de prevenção, "baseado no condicionamento moralista-aversivo...deve ser substituído por um modelo científico de prevenção" (Apolito, 1978, p.121).

Relatório da Organização Mundial de Saúde (2001) revela que 30% dos países estudados não dispõem de programas de saúde mental, e que 450 milhões de pessoas no mundo sofrem de algum transtorno mental ou neurológico, das quais 121 milhões têm depressão e 50 milhões sofrem de epilepsia. Pelo menos 60% das pessoas que convivem com os males da depressão poderiam se recuperar caso recebessem assistência adequada. As

conseqüências desta falta de assistência se revelam nas taxas de suicídio: 1 milhão de pessoas cometem suicídio todo ano e de 10 a 20 milhões tentam o suicídio. O relatório conclui que a carência na oferta de cuidados elementares aos que sofrem com problemas de saúde mental impõe custos sociais e econômicos elevados aos indivíduos, famílias e sociedade.

Diante deste cenário, o relatório da OMS apresenta algumas recomendações de longo alcance, tais como: oferecer cuidados primários em saúde mental; organizar campanhas de educação e sensibilização do público sobre a saúde mental; preparar recursos humanos para apoiar programas de cuidados primários de saúde; especialmente em países que detêm poucos recursos financeiros, monitorar a saúde mental na comunidade, através da aplicação e acompanhamento de seus indicadores; implementar pesquisas sobre os aspectos biológicos e psicossociais da saúde mental.

A experiência do autor deste projeto no atendimento à criança, em conjunto com outros profissionais (pediatras, fonoaudiólogos, professores, orientadores, e outros), revela que mesmo especialistas acumulam fracassos e demonstram pouco rigor e conhecimento. As orientações sugeridas aos pais (ou responsáveis) são de ampla variedade e, em diversos casos, essencialmente questionáveis. Diante de situações de risco, em que a criança pode vivenciar crises psicológicas importantes (no desmame, no treino dos esfíncteres, na adaptação a situações novas – vinda de um irmão(ã), entrada na escola - morte de ente querido, etc.) é possível identificar recomendações prejudiciais (como colocar substâncias de paladar desagradável no seio para facilitar o desmame), prematuras (como a recomendação precoce do desmame), esdrúxulas (como a escolha de atividades esportivas específicas para inibir tendência homossexual), inúteis (como a administração precoce de calmantes sem necessário exame das causas do comportamento ansioso e hiperativo), e outras baseadas no senso comum e carentes de fundamentação (dormir com os pais para diminuir carência afetiva; não permitir que a criança acompanhe o enterro de ente querido; entre outros).

Não foi encontrada, e seria difícil operacionalizar, pesquisa que avalie os impactos de recomendações e orientações tais como as citadas anteriormente. Mesmo assim, uma conclusão é inevitável: sobram boas intenções e falta preparo técnico e teórico aos profissionais que assistem ao desenvolvimento psicológico infantil, em caráter preventivo. A falta de fundamentação teórica, além da inconsistência e incoerência, é flagrante. Parece ser desnecessário ou secundário dispor de embasamento teórico para emitir orientações. O senso comum e a prática pouco reflexiva tornaram-se os principais referenciais disponíveis.

Se é inquestionável a necessidade de se realizar acompanhamento médico do recém-nascido até o final da infância (puericultura) por pessoal especializado (médico pediatra), porque não pensar o mesmo a respeito do desenvolvimento psicológico? Ou este último é de menor importância e deve ser deixado aos cuidados de profissionais pouco preparados? Não são raras as vezes em que mães relatam discursos médicos que reduzem o bebê a um organismo conduzido por processos fisiológicos e bioquímicos: "se você amamentou seu filho, deu banho nele e não há sintomas de doença, então seu choro é 'manha' e ele deve ser deixado chorando em seu berço". A possibilidade de o bebê chorar em decorrência de algum processo psíquico desencadeado pela interação de impulsos instintivos e influência ambiental, é simplesmente ignorada.

Ao mencionar o acompanhamento médico e o psicológico separados, não se busca defender posição dualista ou reducionista. Pelo contrário, apenas almeja-se evidenciar a importância de ambos, e sua indispensabilidade.

Porém, em vista da complexidade que é o desenvolvimento infantil, em seus aspectos biopsicossociais, entregar ao médico tal responsabilidade denuncia a priorização do orgânico em detrimento do psíquico. E os imperativos práticos não deixam dúvida quanto à inviabilidade de atribuir a um único profissional a reunião de inúmeras habilidades técnicas e domínio teórico. Assim, uma ação preventiva deve apontar para a soma de esforços, com o

conseqüente benefício para a infância, e não para a subtração de prioridades, com o inevitável prejuízo da plena exploração das possibilidades de crescimento e desenvolvimento.

O atendimento psicológico direto à criança (ludoterapia) ou indireto (orientação de pais), tem revelado fatos que são do conhecimento dos profissionais que atuam nesta área. Há um desconhecimento quase que total sobre o universo mental infantil, como também se ignoram as vias psicossomáticas de manifestação do sofrimento psicológico, caminho aliás muito comum nas crianças (Mazet, 1977). Tal desconhecimento é com freqüência verificado entre profissionais e, de forma flagrante, entre os pais. O aparecimento de transtornos emocionais é recorrentemente atribuído às conseqüências de um estado fisiológico desfavorável, como no caso de crianças obesas e as que sofrem de transtornos respiratórios, principalmente a asma (Abdul-Rahim, 2000).

O status dos processos psíquicos é o de mero coadjuvante, que surge como reação às adversidades do funcionamento orgânico e à adaptação social. Não se cogita a possibilidade desses mesmos processos intermediarem este funcionamento e esta adaptação. A compreensão sobre a etiologia de transtornos mentais ou comportamentos anti-sociais está geralmente relacionada à idéia clássica de trauma, para alguns dos que reconhecem o papel predominante dos processos psíquicos (algum fato isolado na vida do sujeito teria desencadeado o transtorno emocional). Ainda parece distante para muitos a compreensão de que não um fato isolado, mas geralmente um conjunto de experiências, principalmente as começadas na tenra infância, as quais interagem com tendências inatas, constroem um edifício (personalidade) que pode se tornar vulnerável a fatos isolados chamados “traumáticos” no futuro. Manuais para os pais são publicados em grande escala, mais para esclarecer sobre cuidados de saúde que reduzem o filho a um organismo determinado por processos biológicos.

Mesmo campanhas destinadas à promoção de atitudes mais saudáveis para a criança denunciam sua índole organicista. O estímulo à amamentação, chamado no Brasil de "aleitamento materno", revela a priorização do orgânico, quando reduz o ato de amamentar a um oferecimento de leite à criança. Estas campanhas raras vezes alcançam índices considerados adequados no que diz respeito ao tempo ideal de amamentação. Levantamentos do Ministério da Saúde, feitos em 1999, mostram que a mulher brasileira oferece amamentação exclusiva (somente o peito) por 33,7 dias, em média, quando o ideal preconizado é de 180 dias (Marques, 2000). Entre as diversas razões para este fracasso nas campanhas de conscientização, segundo a opinião do autor desta pesquisa, está a priorização dos benefícios do aleitamento, ao invés de o da amamentação, o qual incluiria, além das qualidades do leite, a qualidade da relação mãe-bebê.

As implicações desta constatação são inúmeras e preocupantes. Muitos pais acabam ignorando pedidos de ajuda dos filhos, ou simplesmente sinais de conflito. Na melhor das hipóteses, quando estes logram identificar alguns sinais de alerta, terminam sendo desorientados por profissionais insensíveis às vicissitudes do mundo mental infantil, ou que tratam do caso com imperícia. As conseqüências parecem bem previsíveis: identificação tardia de transtornos emocionais; redução das chances de reversão dos quadros mórbidos; aumento nas taxas de morbidade, entre outras.

A assistência psicológica, entretanto, ainda está longe de ser incluída como elemento essencial nas intervenções preventivas, em face da visão leiga que se tem da psicologia enquanto campo especializado com atuação de índole remediativa dos casos graves de transtornos mentais. Porém, iniciativas recentes mostram que a psicologia pode agir em nível de atenção primária com vistas a psicoprofilaxia (Goldston, 1986; Levant, Tolan & Dodgen, 2002). Deve-se somar esforços para a mudança desta mentalidade, daninha tanto para os

propósitos de uma intervenção psicológica eficaz como para o estreitamento da relação entre a psicologia e a população em geral, a qual deve ser a principal beneficiária dos seus serviços.

O crescente número de psicopatologias reconhecidas atualmente (DSM – IV) revela que o atendimento à infância doente reserva um dos grandes desafios à modernidade. É notório que apesar do enorme volume de trabalhos que oferecem intervenção terapêutica, tem se tornado tarefa cada vez mais árdua reverter quadros psicopatológicos infantis. É que além da gravidade dos estados mórbidos, seu reconhecimento é alvo das mais ferrenhas controvérsias.

Em 2002, a OMS (Organização Mundial da Saúde) dedicou o Dia Mundial da Saúde ao tema da saúde mental. Em seu relatório sobre saúde mental lançado naquele ano, intitulado "Saúde mental: novos entendimentos, novas esperanças", apresentou dados que mostram tendências preocupantes: vinte e cinco por cento da população mundial deve apresentar um transtorno mental ao longo da vida; alta prevalência de alcoolismo, depressão e quadros fóbico-ansiosos; entre outros. Metade das doenças mais incapacitantes em todo mundo são doenças mentais. Em relação à realidade brasileira: trinta e quatro milhões de brasileiros sofrem atualmente de transtornos mentais (Jorge & Mari, 2003); e uma das constatações mais graves: boa parte deste contingente recebe pouca ou nenhuma assistência (mais de quatro milhões de brasileiros). Diante destes dados, o relatório da OMS faz algumas recomendações que devem embasar políticas nacionais voltadas à saúde mental, entre elas o investimento na atenção primária à saúde.

Estudo realizado pela Universidade de São Paulo, em parceria com a Universidade de Londres, iniciado em 1999 e concluído em 2001, revela que quase três milhões de crianças e adolescentes podem estar sofrendo de problemas emocionais no Brasil (Antenore, 2003).

Nos Estados Unidos, onde os dados sobre saúde mental são colhidos continuamente e são revestidos de critérios rigorosos, algumas constatações são alarmantes: os índices de

suicídio superam os de homicídio; a depressão produz transtornos com gravidade maior do que muitas doenças físicas crônicas; transtornos de humor estão na base dos casos de morte devido ao consumo de fumo e álcool (Muños, Mrazek e Haggerty, 1996). A prevenção dos transtornos mentais surge como estratégia essencial para mudar estes dados.

Barnes (1998) aponta a promoção da saúde mental como essencial para qualquer sociedade, pelas razões que se seguem: o aumento da incidência de problemas psiquiátricos na infância; o prognóstico negativo de boa parte destes problemas; e o papel de fatores de risco infantis na origem destes problemas em adultos.

Profissionais da psicologia e da pedagogia enfrentam na atualidade problemas de saúde mental e problemas educacionais com os quais são incapazes de lidar satisfatoriamente, dada sua quantidade e variedade. Como alertava Alpert (1985), este cenário revela que as abordagens voltadas para a remediação são ineficazes por falhar recorrentemente na tentativa de evitar que danos psicológicos e educacionais alcancem um ponto crítico. Mais recentemente, a mesma constatação é revelada por Muñoz, Mrazek e Haggerty (1996):

> Nós não temos a cura para a esquizofrenia ou a doença maníaco-depressiva, por exemplo, embora possamos melhorar a maioria dos sintomas agudos. A depressão maior geralmente volta, mesmo com os melhores tratamentos em vigência... O uso abusivo de drogas é muito difícil de tratar; mesmo quando pessoas com adição são capazes de abandonar o vício, são com freqüência propensas a recaídas. É exatamente porque as abordagens remediativas estão muito longe da perfeição, que nós temos uma grande necessidade de desenvolver abordagens preventivas eficazes.

Os autores ainda acrescentam importantes conclusões extraídas do relatório do Institute of Medicine (IOM) sobre a prevenção dos transtornos mentais, tais como: a identificação da psicologia como a disciplina que mais contribui para a prevenção e a pesquisa em prevenção na área da saúde mental. Com base nisto, recomendam a continuidade das pesquisas psicológicas sobre prevenção em saúde mental e a soma de esforços com outras

disciplinas desta área para “aprimorar as práticas preventivas em saúde mental e assegurar sua inclusão nos cuidados gerais à saúde” (Muñoz, Mrazek e Haggerty, 1996).

Vários estudos têm mostrado que a prevenção em saúde mental na infância reflete-se de forma marcante e positiva sobre as crianças, famílias, instituições e comunidades (Barnes, 1998). Esforços no caminho da popularização de conhecimentos úteis e na disseminação de práticas preventivas revelam-se como imperativos da sociedade contemporânea. E a atualidade deste debate exige um engajamento e tomada de posição por parte de instituições, profissionais e pesquisadores que se dedicam ao estudo e intervenção do desenvolvimento infantil.

Apesar de seu pouco envolvimento com as urgências sociais, as instituições psicanalíticas e a própria psicanálise enquanto saber instituído e legitimado, não deve abster-se deste debate. Mesmo que adiante se revele sua incapacidade e incompatibilidade para enfrentar tais desafios.

1.3 Objetivos

A presente pesquisa teve como objetivo geral realizar uma análise teórica do modelo psicanalítico kleiniano com a finalidade de examinar a possível existência de uma noção kleiniana de prevenção. Dito de outra forma, extrair uma concepção de prevenção na infância que se baseasse no pensamento kleiniano.

Em sintonia com tal objetivo, outros, de âmbito específico, foram buscados:

- Avaliar a existência de concepções kleinianas que apontassem para a prevenção primária;
- Extrair um conceito de saúde mental com base no modelo psicanalítico kleiniano;
- Elaborar, com base em análise teórica do modelo kleiniano, proposta que se aplicasse a intervenção preventiva primária, a partir do estudo da interação entre os fatores de risco (precursores do aparecimento de transtornos mentais) e fatores protetivos (promotores da saúde mental);
- Buscar no interior do modelo kleiniano, elementos que corroborassem a intervenção preventiva primária, em suas aplicações universal, seletiva e indicada.
- Analisar as implicações teóricas e éticas da aproximação entre a teoria psicanalítica e a abordagem preventiva.
- Estudar a possível relação entre a transformação do superego, sua influência sobre a integração do ego, e a consolidação da saúde mental na infância.

1.4 Revisão Bibliográfica

Com base na psicanálise freudiana, dada sua importância e caráter fundador e original, os pilares da teoria kleiniana foram sendo desenvolvidos. Os tópicos que se seguem, marcam um percurso de concordâncias e divergências entre as duas teorias, para gradativamente seguir em direção à originalidade do pensamento kleiniano.

Antes, considerando que a temática da prevenção é central neste trabalho, foram introduzidos conceitos e noções de prevenção em saúde mental a fim de facilitar a compreensão das diversas acepções do termo e esclarecer qual foi adotada neste estudo. Ainda antecipando a apresentação do modelo kleiniano, o encontro entre psicanálise e prevenção foi examinado.

1.4.1 Noções de Prevenção em Saúde Mental

Uma breve observação, mesmo desatenta, das rotinas e práticas que cercam a vida das pessoas, logo torna evidente a idéia de que o viver se baseia numa espécie de previsibilidade que possibilita um mínimo de organização das ações humanas. Acordamos, agendamos compromissos, definimos planos, encontramos pessoas, realizamos tarefas, sempre com base num porvir relativamente esperado. Mesmo assim, nos deparamos com surpresas, imprevistos e novidades que dão um aspecto dinâmico e revelador aos nossos dias.

O inesperado vai penetrando aos poucos (outras vezes de modo brusco) no dia-a-dia de cada um. Ainda assim, a novidade só pode ser elaborada ou integrada a partir de um molde

que representa a organização cotidiana. De outra forma, o caos da total falta de delimitações criaria um estado tal em que as oscilações não permitiriam qualquer tentativa de crescimento ou mesmo aproveitamento da experiência. Mesmo diante da recomendação providencial de se colocar aberto para o novo e o inesperado quando recebe um paciente, o terapeuta só consegue apropriar-se deste devir a partir de algo já estabelecido e organizado, tal como o local, a data e o horário de atendimento, além de um conhecimento prévio sobre a história do paciente.

A noção de prevenção parece encerrar em si uma necessidade humana de organizar-se diante do novo que se revela a todo instante. A constatação de que este novo muitas vezes se revela nocivo, reverteu-se em mais esforços na perseguição de atitudes e comportamentos preventivos. Simon (1989, p.72) lembra que o enfrentamento do novo muitas vezes não pode ocorrer sem a vivência de crises, "... porque ninguém pode viver evitando permanente o novo na experiência humana". E as mudanças significativas passam pelo enfrentamento destas crises.

Quase todas as nossas ações, decorrentes do teste da realidade, desenvolvidas a partir do amadurecimento do ego, visam prevenir algo. Depois de estarmos movidos quase que exclusivamente pelas demandas pulsionais, voltadas para o alívio da tensão e, conseqüentemente, à obtenção do prazer, passamos a realizar boa parte de nossos comportamentos a fim de prevenir excessos, riscos e perigos em nome de um viver mais seguro e sociável. Aliás, não seria exagero asseverar que a psicologia do ego e os desenvolvimentos posteriores da teoria freudiana, especialmente no que se refere à segunda tópica, quando Freud introduz as instâncias psíquicas id, ego e superego, são uma descrição exaustiva da dinâmica do funcionamento psíquico que, grosso modo, pode ser considerada como uma odisséia humana em busca da prevenção. A mente, coordenada pelas ações do ego, perseguiria a todo instante condições ótimas de funcionamento para aliviar tensões advindas

de fontes internas e externas, a fim de criar um contexto livre de situações hostis e repleto de organização e controle. É evidente que isto não é alcançado sem soluções de compromisso (entre o ego, o superego e o id) e num cenário de configurações psíquicas contraditórias (amor e ódio; pulsões de vida e de morte).

Os benefícios colhidos da influência do inconsciente sobre a criatividade e a intuição de modo algum podem ser descartados, ou considerados de menor valor. Porém, os mesmos integram-se ao todo do funcionamento psíquico e enriquecem as tendências egóicas. No dizer de Apolito (1978, p.121), "Nós vivemos na era da prevenção; esta é a principal razão porque nós ainda estamos vivos". Para ele, a humanidade encontrou várias formas de evitar que forças hostis ameaçassem a vida do homem. Vale lembrar que estas forças hostis podem advir de fontes internas ou externas.

Não é demais dizer que a empreitada da busca pela prevenção já se revelou freqüentemente infrutífera, seja por pecar pelo excesso de controle, seja pelo direcionamento equivocado. Por esta razão, assistiu-se a uma crescente crítica que tanto serviu para inspirar reavaliações, como também provocou desistências e afastamentos precoces. Isto parece ter ocorrido com boa parte das iniciativas da psicanálise nesta direção. Oportunamente, este assunto será retomado.

Desde o início do século XX, a psicologia assistiu a investidas esporádicas do ideário preventivista, mas nas últimas décadas a literatura popular e científica tem produzido trabalhos em larga escala, sem que isto impedisse uma negligência recorrente sobre o assunto (Kenneth, 1996), bem como um uso indiscriminado do termo prevenção, o que tem causado confusão entre os profissionais (Goldston, 1986).

A saúde pública foi o berço dos esforços iniciais em prevenção primária. O foco das ações preventivas girava em torno da doença e dirigia-se à redução de sua incidência

(prevenção primária), redução de sua prevalência (prevenção secundária) e redução da cronicidade e deterioração devidas a ela (prevenção terciária) (Shore, 1998).

A complexidade da tarefa de se implementar uma empreitada preventivista primária aparece nas palavras de Shore (1998):

> Prevenção primária é uma das áreas mais difíceis de estudo. É multi-dimencional e altamente complexa, uma perfeita candidata para figurar entre as estratégias ecológicas de pesquisa em desenvolvimento... Seu escopo é vasto, por sua relação com o bem-estar social, educação e outras áreas da atividade humana. Tem várias implicações políticas (p.477).

Fruto de variadas experimentações, conceitos de prevenção foram cunhados. Segundo Cassorla (2001):

> A prevenção primária implica promoção de saúde, prevenção do agravo e diagnóstico precoce; a secundária em ações efetuadas quando o problema já se manifestou, e a terciária remete à reabilitação (p.732).

Simon (1989), inspirado no modelo criado por Leavell & Clark (1965), segundo o qual a "prevenção do agravo e diagnóstico precoce" são medidas constituintes da prevenção secundária, esquematiza as variações de prevenção de outra forma. Ao se referir às medidas de prevenção para lidar com a crise, entendida aqui como o enfrentamento de "uma situação nova e vitalmente transformadora" (Simon, 1989, p.58), o autor classifica dois grupos de medidas preventivas: prevenção passiva e prevenção ativa. E explica:

> Nas situações em que a crise já eclodiu, o psico-higienista tem que aceitá-la passivamente, como já está colocada. Chamamos ao conjunto de medidas para lidar com a crise em andamento de 'prevenção passiva nas crises'. Nas situações em que a crise tem possibilidade de ocorrer, mas ainda é latente, o psico-higienista pode preparar o sujeito ou grupo para lidar com a situação... Neste caso, ao conjunto de medidas chamaremos de "prevenção ativa nas crises (Simon, 1989, p.63).

O autor explica que as medidas de prevenção passiva se aplicam às crises geradas por "perda", enquanto as medidas de prevenção ativa se aplicam às situações que geram crises por "aquisição".

O modelo de Leavell e Clark (1965), referido por Simon (1989), explica a história natural das doenças dividindo-a em dois períodos. O primeiro período é chamado de "pré-patogênico", em que predomina a saúde do sujeito, o qual pode vir a contrair um agente infeccioso. Sujeito e agente infeccioso convivem num mesmo ambiente, porém sem haver contato direto. Caso o agente se instale no sujeito, passa-se para o segundo período da história natural da doença: o período "patogênico". Na opinião de Simon (1989), este modelo ajuda a organizar a prevenção em três fases: prevenção primária, relacionada com o período pré-patogênico, em que se aplicam medidas de proteção específica e promoção de saúde "para evitar determinada doença e preservar e melhorar a saúde" (Simon, 1989, p.68); prevenção secundária, ligada ao período patogênico e que demanda medidas de diagnóstico precoce e tratamento eficaz "para detecção rápida da moléstia e seu imediato combate no intuito de evitar o agravamento ou morte e obter recuperação da saúde" (Simon, 1989, p.68); e por fim prevenção terciária, também no período patogênico, onde o foco está na reabilitação do sujeito, "procurando então evitar sua invalidez total, recuperando-o parcialmente para a vida útil" (Simon, 1989, p.68). Em trabalho recente, Simon (2005) apresenta uma proposta inovadora para nortear o trabalho em psicoterapia breve e oferece um modelo que pode auxiliar muito na organização de ações em prevenção primária. Esta relevante proposta foi analisada em outra parte deste trabalho.

Apolito (1978) discute criticamente estas formas variadas de prevenção aplicadas à psiquiatria. Ele argumenta que a prevenção terciária, voltada para o tratamento de doenças crônicas em remissão, não representa o esforço preventivo necessário e principal. Mesmo a prevenção secundária, foco de interesse mais atual para a psiquiatria, com intervenções

precoces voltadas para doenças agudas e incipientes, também não enseja o que de primordial existe sob a denominação "prevenção". Isto porque muitos processos patológicos são de difícil detecção e podem manifestar-se de forma severa sem sinal prévio aparente. Ainda que sejam identificados, boa parte destes estados mórbidos exige tratamentos prolongados e, infelizmente, malsucedidos. Conclui o autor que o foco de interesse deve ser dirigido à prevenção primária, com métodos que se apliquem a todas as crianças, prevenindo o aparecimento destes transtornos. Vale ressaltar que é a esta forma de prevenção que o presente trabalho propôs uma análise, à luz da psicanálise kleiniana.

Convencido da necessidade de dirigir mais esforços na prevenção primária, Apolito (1978) lista alguns achados de valor para uma compreensão geral sobre a etiologia e patogênese dos transtornos mentais, entre os quais estão: a existência de raízes comuns a variados transtornos; a constatação de que os transtornos mentais são pandêmicos por se encontrarem presentes, em estado latente, em toda pessoa "normal"; o reconhecimento de uma vulnerabilidade presente em todas as crianças, em graus variados, de acordo com sua predisposição hereditária; em complementaridade ao item anterior, a confirmação da existência de uma equação que leva à evolução dos transtornos mentais, com elementos tais como predisposição hereditária a um agente patogênico, severidade da exposição, e a idade em que o impacto foi maior. Estes agentes, denominados "psicotóxicos", repetindo noções desenvolvidas por Spitz (1979), foram reunidos sob o termo "hostilidade" e incluem rejeição, crítica hostil, frustração das necessidades, humilhação, negligência, ameaças de agressão física, ou agressões físicas reais, e abandono total.

A combinação de idade, exposição a agentes externos e predisposição hereditária, vai ao encontro da proposição kleiniana sobre o aparecimento de transtornos psíquicos. É obvio que as fantasias produzidas no bojo desta combinação são essenciais. Oportunamente, quando

da discussão destas idéias sob o ponto de vista do modelo kleiniano, esta análise será retomada.

Alpert (1985) também define a prevenção dividindo-a nas três categorias clássicas (primária, secundária e terciária):

> ... prevenção secundária envolve tratamento precoce da doença, e prevenção terciária envolve tentativas de minimizar efeitos de longo prazo. Prevenção primária refere-se à prevenção de transtornos antes que ocorram.

O conjunto de medidas da prevenção terciária está geralmente vinculado à idéia de reabilitação, e seu objetivo é prevenir a invalidez. A prevenção primária é considerada impessoal por se aplicar a um número muito grande de pessoas e ter um formato de "educação de massa", sem a finalidade de fazer qualquer tipo de reparação. Aplicam-se aqui as noções de "promoção de saúde" e "Proteção Específica" (Simon, 1989). Opõe-se a 'prevenção primária individual', presente desde os anos 60, a qual se aplica a indivíduos vulneráveis por não disporem de recursos para lidar com problemas pessoais. O objetivo é o ensino de habilidades e competências para aumentar o ajustamento e a força adaptativa do sujeito.

Uma análise mais atual feita por Kaplan (2000), denota a confusão e a falta de consistência no uso dos conceitos de prevenção primária e secundária. Cita a definição da Organização Mundial de Saúde (Pan American Health Organization, 1996), segundo a qual: "Prevenção primária é a prevenção do surgimento do episódio inicial da doença. Prevenção secundária é definida como prevenção de um novo episódio da doença".

Kaplan (2000) explica que há diferenças importantes entre a prevenção primária e a secundária. A última se baseia num modelo médico e pressupõe diagnóstico e tratamento (cirurgia ou uso de medicação, por exemplo). Inspira-se num "pensamento linear", mecanicista, focado no sintoma e na estrita extinção do mesmo por meio de ações isoladas e

parciais. Apesar de resultados positivos, este modelo restringe-se a reparar problemas em uma parte específica do corpo, e com freqüência leva a efeitos colaterais. Por estas razões, a prevenção secundária tradicional traz tímidos benefícios para a saúde pública. A prevenção primária, por sua vez, é mais focada no comportamento do que na doença, e dá pouca atenção para o diagnóstico. A visão de homem é mais integradora. O corpo é visto como um sistema que não pode ser tomado em partes. O objetivo é melhorar a duração e a qualidade de vida. O foco é posto na pessoa ou população, e não na doença, já que se trabalha com uma hipótese de ausência e evitação da doença. Seu potencial para a melhoria da saúde pública é enorme e demanda transformações nas políticas públicas. Isto corresponde ao conceito de "Promoção de Saúde" (Simon, 1989).

Raras vezes presente entre as prioridades da psiquiatria, que só dirigia atenção à criança após constatação de uma extensa sintomatologia, a prevenção em saúde mental foi gradativamente ganhando força e se tornou preocupação central entre os profissionais ligados a esta área (Mohacsy, 1983), além de instituições e governos.

Influenciado por este movimento, o congresso americano ordenou que o National Institute of Mental Health (NIMH) entrasse num acordo com o Institute of Medicine (IOM), para produzir um relatório sobre as pesquisas atuais sobre prevenção. Em 1992, foi formado o Committee on Prevention of Mental Disorders (CPMD). Este comitê produziu um relatório de 605 páginas, publicado em 1994, intitulado "Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research" (Mrazek e Haggerty, 1994).

O relatório foi organizado em três partes distintas: a primeira dá ênfase à necessidade de encontrar uma nova definição para o termo prevenção em saúde mental; a segunda parte destaca três fontes de conhecimento que podem alimentar o campo da prevenção em saúde mental: estudos sobre a prevenção de doenças físicas, pesquisas sobre o tratamento de transtornos mentais, e contribuições das ciências comportamentais e biológicas; a terceira

parte descreve uma série de ações necessárias à continuidade das pesquisas sobre as intervenções preventivas.

No que tange à necessidade de uma nova definição para o termo prevenção, o comitê encontrou muito desacordo em torno da classificação tradicional que divide a prevenção em primária, secundária e terciária. Em vez de adotar este modelo, foi proposta outra classificação que cobriria um continuum de intervenções para combater os transtornos mentais, começando pela prevenção propriamente dita, e passando pelo tratamento e manutenção.

A nova proposta classificatória visava isolar o termo prevenção e aplicá-lo apenas nos casos em que a intervenção ocorresse antes do "surgimento inicial de um transtorno clinicamente diagnosticável" (Mrazek e Haggerty, 1994). Nos indivíduos em que os critérios diagnósticos se aplicassem, a intervenção estaria relacionada ao tratamento e não à prevenção. São exemplos de tratamento a identificação do caso e o uso de técnicas consagradas para este fim. Quando se tratar de indivíduo acometido por episódios agudos de um determinado transtorno mental, a intervenção será com vistas à manutenção, ou seja, após o abrandamento do episódio, busca-se reduzir recaídas e recorrências, bem como projetar serviços de reabilitação.

A restrição do uso do termo prevenção às intervenções anteriores ao aparecimento de quadros mórbidos não implica reduzir seu espectro de ação. Tanto que a prevenção foi dividida em três subcategorias: (a) intervenções preventivas universais: dirigidas ao público em geral ou um grupo populacional que não esteja exposto a um risco crescente; (b) intervenções preventivas seletivas: destinadas a indivíduos ou grupos específicos expostos a fatores de risco biológicos, psicológicos ou sociais numa proporção acima da média geral para desenvolver transtornos mentais, muito próximo do conceito de "Proteção específica"; (c) intervenções preventivas indicadas: direcionadas a pessoas que apresentam marcas biológicas

ou sintomas leves, mas que podem ser detectados, apontando para uma predisposição para desenvolver transtornos mentais, sem que estejam presentes critérios diagnósticos até o momento. Devido a limitadas evidências que possibilitem a identificação daqueles que desenvolverão a doença, as estratégias indicadas tem tímidos resultados na promoção da saúde ou na evitação da doença (Herrman, 2001). A finalidade principal das categorias de prevenção é "reduzir a ocorrência de novos casos de transtornos mentais".

Durlak (1998) oferece alguns exemplos da aplicação destas formas variadas de prevenção no contexto escolar. No caso da intervenção universal, dirigida a um alvo populacional inteiro, os esforços podem estar voltados para crianças que estão ingressando pela primeira vez na escola, ou que vão mudar de escola; a intervenção seletiva pode ter como alvo crianças que vivem em condições sócio-econômicas precárias, o que na opinião do autor coloca este grupo em risco, mesmo que ainda não apresente comportamento disfuncional; as intervenções indicadas, específicas para os que demonstram sinais de dificuldade e exigem uma ação pontual, poderiam envolver crianças nas primeiras séries que apresentam comportamentos destrutivos de menor intensidade. Durlak (1998) acrescenta que nesta última forma de intervenção há o monitoramento de uma determinada população, e apenas os que apresentam dificuldades comportamentais em estado nascente são indicados para receber atenção. O autor conclui, através de uma meta-análise dos resultados obtidos em vários estudos, que os programas de prevenção primária são realmente efetivos.

Barnes (1998) critica o CPMD por separar promoção de saúde mental de prevenção, em especial quando o alvo é a infância, e apóia as intervenções preventivas o mais cedo possível, com base na teoria ecológica. Ele apresenta a promoção de saúde mental numa perspectiva desenvolvimental, considerando o contexto escolar como particularmente adequado para a aplicação de intervenções ambientais.

Zubrick et al. (2000) acreditam que a distinção entre promoção e prevenção é artificial, cientificamente pouco sólida, e leva a conseqüências indesejáveis, tais como a separação entre teorias e atividades relacionadas aos problemas de saúde mental, além de alienar cuidadores e comunidades. Eles defendem uma integração entre promoção e prevenção, já que evidências científicas têm demonstrado que a ansiedade, a depressão e os distúrbios de conduta (delinqüência e agressividade elevada) podem ser prevenidos desta forma.

O termo "ciência preventiva", cunhado na década de 90, já trazia esta preocupação de reduzir a ocorrência de transtornos mentais. A pesquisa deve ser focada, de acordo com o sentido dado ao termo, "no estudo sistemático dos precursores do transtorno e da saúde", salienta Kenneth (1996). Os precursores, explica o pesquisador, são denominados "fatores de risco", quando ligados a algum transtorno, ou "fatores protetivos", se ligados à saúde. Como os transtornos de modo geral são ligados a múltiplos fatores, bem como fatores específicos são ligados a múltiplos transtornos, a relação entre fatores de risco e fatores protetivos e a manifestação do transtorno mostrou-se de grande complexidade.

Shore (1998) faz severas críticas ao que se convencionou chamar de "ciência preventiva". Ele explica que os estudos sobre a prevenção primária sofreram severas restrições, devido aos critérios rígidos exigidos para a aceitação dos trabalhos, por haver um foco explícito na nomenclatura psiquiátrica, muito geral e de validade duvidosa, e finalmente, por acreditarem que os dados por si mesmos seriam capazes de indicar políticas sociais.

Munõz et al. (1996) afirmam existir uma relação entre o modelo de prevenção que visa diminuir os fatores de risco, e o modelo de promoção de saúde, voltado para a obtenção de um estado ótimo de bem-estar. Porém, ele acrescenta que estes dois modelos apresentam diferenças conceituais e filosóficas. A falta de concordância sobre a melhor forma de definir saúde mental e bem-estar dificulta a adequada delimitação dos contornos de um programa de promoção de saúde mental. Os autores explicam que:

> Promoção de saúde exige mais do que buscar ser livre de transtornos ou doenças. Representa a tentativa de buscar um senso de coerência, saúde, bem-estar, entusiasmo, resiliência, auto-eficácia, *empowerment*, energia, flexibilidade, ordem, equilíbrio, harmonia e integridade" (Munõz et al., 1996).

Já a finalidade da prevenção, na palavra dos autores, é definida desta forma:

> Prevenção é pensada para evitar o sofrimento desnecessário. A desorganização na vida das pessoas, a considerável dor emocional envolvida e, às vezes, os impactos irreparáveis na vida de famílias ou comunidades daqueles afetados pelos transtornos mentais, torna imperativo que nós enquanto sociedade devotemos recursos substanciais para a prevenção (Munõz et al., 1996).

Shinn & Tooney (2001) questionam a separação entre programas de intervenção preventiva e programas de promoção de saúde mental e bem-estar, por haver uma interação constante e uma interdependência entre suas finalidades. A aproximação de ambos aumenta os benefícios.

Albee (1986) acrescenta um debate ideológico à discussão sobre o objetivo da prevenção primária enquanto mudança social e redistribuição do poder, e critica os estudos que minimizam os efeitos das mudanças no ambiente social sobre a resistência à psicopatologia. Ele acredita que o discurso em defesa da determinação genética naturaliza injustiças sociais e reforça a atitude alienada.

Mesmo havendo poucas evidências claras de que as intervenções preventivas realmente reduzem a incidência de transtornos mentais, várias experiências têm demonstrado que fatores de risco que estão associados ao surgimento de transtornos podem ser diminuídos (Kenneth, 1996; Durlak e Wells, 1997), e outros trabalhos têm destacado as características que tornam os programas de prevenção efetivos (Maury et al., 2003).

Esforços no sentido de conceituar saúde mental ainda não ganharam unanimidade, nem garantiram maiores subsídios na discussão sobre o tema. Mesmo assim, há convergência nas opiniões de que, apesar das dificuldades em definir o que se pensa a respeito da saúde mental, é definitivamente algo a ser perseguido.

Escalas padronizadas de saúde mental não conseguem distinguir entre pessoas com saúde mental genuína e pessoas que, influenciadas por defesas psicológicas, têm a ilusão da saúde mental. O fator geral de saúde mental parece relacionado a resiliência do ego (Shedler et al., 1993).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2001) lembra que "... a saúde mental é indispensável para o bem-estar geral dos indivíduos, das sociedades e dos países" (p.29). Acrescenta que os conceitos de saúde mental envolvem: bem-estar subjetivo, auto-eficácia percebida, autonomia, competência, dependência intergeracional, auto-realização do potencial intelectual e emocional. A essência do programa de saúde mental está apoiada na defesa de um desenvolvimento mental saudável e na promoção da saúde mental. Porem enfatiza a impossibilidade de se definir saúde mental satisfatoriamente, em especial numa perspectiva transcultural.

Vaillant e Vaillant (2004) apontam, a partir de uma perspectiva semelhante, as críticas da antropologia cultural à tentativa de definir saúde mental. Os autores levantam questionamentos sobre a validade, utilidade, aplicabilidade e adaptabilidade de um conceito universal de saúde mental. Através de um estudo minucioso, Vaillant e Vaillant (2004) detalham seis abordagens empíricas diferentes de saúde mental, as quais serão apresentadas a seguir.

A primeira abordagem é a de saúde mental como um estado acima do normal. Aqui, saúde é um estado de funcionamento desejável, mais do que um estado ótimo. A idéia

tradicional de saúde como ausência de doença prevalece neste modelo. Os autores lembram que a saúde é encarada em termos de uma norma ou padrão natural.

A segunda abordagem define a saúde mental como psicologia positiva. A partir de uma comparação entre a psiquiatria e a psicologia, Vaillant e Vaillant (2004) explicam que, enquanto a primeira encara o sujeito como saudável ou doente, a segunda o concebe num continuum. Enquanto o médico objetiva remover os sintomas por meio de tratamento medicamentoso, o psicólogo busca o desenvolvimento de competências tais como: prazer pela vida, o otimismo, a curiosidade e o interesse pelo outro. É flagrante a diferença de ponto de vista da medicina e da psicologia sobre a saúde mental, nesta abordagem. O otimismo, como elemento de destaque na abordagem da psicologia positiva, é criticado pelos autores, os quais recorrem a Nietzsche, Freud, Karl Marx e Charles Darwin, para quem o otimismo é uma forma ingênua e imatura de encarar a saúde mental.

A terceira abordagem traça a saúde mental como maturidade. Sob este ponto de vista, a saúde mental adulta revela um processo maturacional em continuo desdobramento. Mais maturidade reflete mais saúde mental. Mas o que se quer dizer com maturidade? Vaillant e Vaillant tomam como exemplo o modelo de Erikson, segundo o qual o homem passa por conflitos evolutivos que devem ser vencidos para o desenvolvimento da maturidade.

A quarta abordagem entende a saúde mental como inteligência sócio-emocional, o que significa dizer que quanto maior a inteligência sócio-emocional, maior a saúde mental. A ênfase recai sobre a capacidade para identificar uma variedade de sentimentos em nós mesmos e nos outros e lidar com eles, denotando uma série de habilidades sociais, de auto-conhecimento e autocontrole. Vaillant e Vaillant (2004) usam evidências extraídas da etologia para mostrar a importância das emoções na comunicação entre os seres humanos. A empatia, qualidade de se colocar no lugar do outro e reconhecer seus sentimentos, é essencial para o sucesso nos relacionamentos interpessoais e para o desenvolvimento da auto-estima. A

inteligência sócio-emocional, segundo os autores, é geralmente definida a partir de critérios tais como: percepção consciente e monitoramento das próprias emoções; adaptação na expressão das emoções, de acordo com a ocasião; reconhecimento acurado e resposta adequada às emoções do outro; habilidade nas negociações em relacionamentos íntimos; capacidade para focar emoções em busca de objetivos desejados (motivação).

Vaillant e Vaillant (2004) mostram que as variadas formas de relacionamento com o outro ganharam mais espaço nos estudos psicanalíticos a partir dos anos de 1970, com a importância dada à modulação das relações objetais, mais do que à modulação dos instintos. A partir da perspectiva da inteligência sócio-emocional, lembram os autores, os instintos e as relações objetais são considerados parceiros.

Algumas semelhanças são apontadas por Vaillant e Vaillant (2004) entre a abordagem em questão e a psicologia positiva. "... como o modelo da psicologia positiva, o modelo da inteligência sócio-emocional é potencialmente intervencionista" (p.590). Alguns trabalhos estão sendo conduzidos no sentido de desenvolver habilidades sociais e emocionais em crianças em idade escolar

A quinta abordagem define saúde mental como bem-estar subjetivo. Ao invés de enfatizar a capacidade para adaptar-se às emoções do outro e desempenhar satisfatoriamente interações sociais, lança-se atenção ao sentimento de bem-estar subjetivo, o que vale dizer que mais do que ausência de angústia ou desolação, a presença do contentamento e da felicidade torna-se sinal de saúde mental. Vaillant e Vaillant (2004) preferem usar o termo felicidade no lugar de bem-estar subjetivo, por este último encerrar ambigüidade no seu significado. E apontam dois tipos de felicidade: a felicidade autêntica, ligada à autonomia, à capacidade de perdoar e de estabelecer relacionamentos íntimos, bem como à auto-eficácia; e a felicidade subjetiva, que pode ser adaptativa ou não. De qualquer modo, o bem-estar subjetivo depende, em certa medida de fatores ambientais.

A sexta e última abordagem da saúde mental a define como resiliência. Vaillant e Vaillant (2004) explicam a resiliência a partir da maneira como indivíduos enfrentam o estresse. "... não é o estresse que mata os indivíduos, mas o domínio saudável do estresse que permite aos indivíduos sobreviver". Segundo eles, existem três grupos de mecanismos usados pelo homem para lidar com situações estressantes: a procura consciente por apoio social; o uso de estratégias cognitivas conscientes; e o uso de mecanismos adaptativos involuntários de enfrentamento das situações estressantes (também chamados mecanismos de defesa).

Estes mecanismos adaptativos involuntários, considerados pelos autores como defesas mentais homeostáticas ajudam o homem a lidar com mudanças abruptas: ignorando ou desviando impulsos ou emoções que surgem inesperadamente; providenciando um intervalo para o ajustamento mental a mudanças repentinas na realidade, as quais não podem ser imediatamente integradas; mitigando conflitos com pessoas importantes, vivas ou mortas; enfim, estes mecanismos possibilitam a evitação ou o melhor enfrentamento de conflitos intrapsíquicos.

Hodgson (1996) acredita que a promoção de saúde mental deve estar voltada para os contextos individual, social e ambiental, e sua ênfase deve recair sobre as políticas de saúde pública. Ele define a promoção de saúde mental como "o aumento da capacidade dos indivíduos, famílias, grupos ou comunidades de fortalecer ou manter experiências emocionais, cognitivas e relacionais positivas" (p.2). O autor afirma categoricamente que os problemas de saúde mental podem ser prevenidos e que a promoção de saúde mental pode ser efetiva.

Para Herrman (2001), a promoção de saúde mental e a prevenção de doenças mentais são complementares, de extrema necessidade e não há como substituir uma pela outra. Mas os métodos para a implementação de cada um deles são diferentes, apesar de suas atividades serem muitas vezes sobrepostas. Os determinantes da saúde, ligados à promoção de saúde

mental, e os determinantes da doença, vinculados à prevenção, quando tratados conjuntamente, fazem com que o segundo esteja inserido no primeiro.

Ela apresenta a definição de promoção de saúde da OMS como "ação e defesa do monitoramento de toda a extensão de determinantes de saúde potencialmente modificáveis" (p.711) e define saúde como "um estado de equilíbrio que os indivíduos estabelecem com eles mesmos e com seu ambiente" (p.710). Este equilíbrio é alcançado, para a autora, com a inter-relação entre as dimensões mental, emocional, social, física, cultural e espiritual. Percebe-se aqui uma definição inspirada numa perspectiva ecológica.

Dentro deste contexto, Herrman (2001) define saúde mental como "a habilidade das pessoas para pensar e aprender, e a habilidade para compreender e viver com suas próprias emoções e com as reações dos outros" (p.710). Apesar de apresentar conceitos bastante didáticos e compreensíveis, a autora aponta algumas barreiras para uma definição satisfatória de saúde mental, quais sejam: a crença de que saúde mental e saúde física têm existência separada e que saúde e doença são mutuamente excludentes. Estas crenças só fazem sentido se baseadas num conceito de saúde como ausência de doença, noção esta abandonada há algum tempo.

Por fim, Herrman (2001) aponta fatores que promovem a saúde mental e protegem contra a doença, os quais devem ser favorecidos enquanto objetivos da promoção e da prevenção. Entre estes, estão: o desenvolvimento e a manutenção de comunidades saudáveis; a habilidade de cada um para lidar com o mundo social (por meio da tolerância e da responsabilidade mútua), e com os pensamentos e sentimentos, associados a resiliência e a saúde física.

1.4.2 Psicanálise e Prevenção

O binômio que dá nome a esta seção representa uma tentativa de aproximação que está sendo buscada neste trabalho e que é marcada pela pouca produção científica, por análises comparativas muitas vezes difíceis de conciliar, e pelo encontro de conceitos aparentemente incompatíveis. Este estado de coisas pode fazer crer que esta empreitada é pouco promissora, mas a investigação científica revela-se promissora quando se alimenta mais da indagação constante do que da cautela excessiva ou da exclusiva exploração de terrenos seguramente estabelecidos. Aliás, como bem esclarece Motta (2002): "Produzindo pontos de tensão, não nos furtamos às controvérsias e aos pontos de não sustentação teórica, abertos à pesquisa. Praticar articulações sem garantias, como tudo, em Psicanálise" (p.109-110).

A extrapolação do setting clínico parece inevitável, e parte do arcabouço teórico da psicanálise se vê em situação difícil, mas necessária, de experimentar novas incursões por terrenos pouco conhecidos, de aplicar termos surgidos em contextos diversos, e como alerta Cassorla (2001), de estar agindo para além dos limites estabelecidos pela psicanálise, o que exige vigilância para não incorrer em atitude onipotente.

Esta aplicação da psicanálise fora dos muros da clínica não deve ser ampla e irrestrita, numa transposição pura e simples de um modelo terapêutico. Trata-se mais do aproveitamento dos "insumos e formas de pensar provenientes da experiência psicanalítica" como enfatiza Portolese (2001, p.752). Assim, diferentes áreas podem ser "fertilizadas... sobretudo no campo da prevenção nos programas de saúde mental da criança", conclui a autora. Emde (1988), sensível à urgência de aplicar a psicanálise no campo da prevenção, questiona: "Nós devemos descartar nosso conhecimento acumulado da clínica sobre a importância das

primeiras experiências e dos anos formativos?" (Emde, 1988, p.25). O próprio autor responde: "Acredito que não".

A preocupação com a prevenção em saúde mental esteve presente nos escritos de Freud, em várias passagens de seus trabalhos. Em "análise terminável e interminável" (1937), ele chama a atenção para a necessidade de dirigir esforços na diminuição da freqüência das repetições neuróticas, com vistas a um desenvolvimento mais adaptado à realidade.

Portolese (2001) lembra um discurso de Freud (1919[1918]) dirigido aos psicanalistas reunidos em um congresso em Budapeste, no ano de 1918. Na oportunidade, o pai da psicanálise lembrou os presentes que "a sociedade reconhecerá, assim, que a saúde pública é tão ameaçada pelas neuroses como pela tuberculose". A autora enfatiza a necessária aplicação de esforços em medidas preventivas que conscientizem pais e trabalhadores que atendem ao público infantil (em creches e escolas, por exemplo) quanto às necessidades e vulnerabilidades emocionais das crianças. Esta concentração do trabalho analítico dirigido à prevenção possibilitaria melhoras consideráveis à vida mental dos pequenos. Nesta mesma obra, Freud (1919) apresenta seu célebre comentário: "É muito provável, também, que a aplicação em larga escala da nossa terapia nos force a fundir o ouro puro da análise livre com o cobre da sugestão direta". Estas palavras demonstram o reconhecimento de Freud sobre a necessidade de que a psicanálise seja acessível ao grande público.

Difundir o pensamento psicanalítico para além da clínica também é apontado por Cassorla (2001) como de grande utilidade em situações que envolvem seres humanos. O uso da teoria psicanalítica, uma das três acepções do termo "psicanálise", é a que oferece menos dificuldades e a que espera maior desenvolvimento no terreno da psicoprofilaxia. Cogitando-se a possibilidade de aplicar a psicanálise ao coletivo, como previu Freud, em "Análise terminável e interminável", "... as três acepções de sua definição, ainda que válidas, necessitam ser re-pensadas", aconselha Cassorla (2001, p.740). É importante ressaltar que esta

diferenciação das acepções tem muito mais uma função didática e metodológica, e que nem sempre é possível distinguir suas fronteiras.

Críticas dirigidas à psicanálise, profetizando sua morte, na opinião de Hoffman (2000), decorrem de uma resistência das instituições psicanalíticas em se abrir para a exposição pública. O caráter privativo do trabalho psicanalítico clínico concorre para uma espécie de aversão às aplicações de conceitos em áreas estranhas às suas origens. Hoffman aconselha o psicanalista a educar o público em geral sobre as idéias psicanalíticas, ainda que considerando algumas conseqüências negativas tais como: interferências em aspectos transferenciais com pacientes, violações éticas e privadas, distorções nas informações veiculadas pela imprensa, entre outras. Porém, é difícil imaginar que isto já não ocorra independente da popularização da psicanálise ou mesmo em decorrência da resistência a ela.

A psicanálise foi gestada no espaço restrito da clínica, onde as incursões científicas encontram barreiras quase intransponíveis; e onde o público leigo pouco encontra compreensão e receptividade. Mesmo considerando os constantes progressos na terapêutica psicanalítica, este espaço parece começar a "sufocar" e ameaçar a sobrevivência da psicanálise, menos pela eficiência de suas estratégias do que pela sua abrangência e adaptação a outros meios. Talvez fosse mais razoável supor que esta abertura, tal como é proposta neste trabalho, e endossada pelos autores aqui citados, respeitada a ética e a coerência, seja um meio de resgatá-la de seu movimento entrópico.

Apesar dos poucos escritos a respeito, é flagrante a divisão de opiniões entre os trabalhos encontrados, com posições fortemente favoráveis, e objeções severas.

Rohenkohl (2002), instigada pela indagação, levanta questionamentos sobre o objeto e objetivo da prevenção, e do tempo da prevenção em psicanálise. Ao mesmo tempo, aponta para a limitação do prevenir, ponto em que se alcança sua impossibilidade. Para ela, o ímpeto preventivo de chegar o quanto antes não pode ser atendido pela psicanálise, a qual deve

empenhar-se não em “chegar cedo”, mas em “chegar na hora”. Pois ela acredita que a ação da psicanálise estaria condicionada a existência prévia de um incômodo. A autora explica ainda, que a pressa de chegar antes e a “promessa de felicidade” estão ligadas à ferida narcísica de quem cuida da criança. A psicanalista de inspiração lacaniana conclui então que, entre as impossibilidades vinculadas à prevenção, estariam a concessão de garantias ao sujeito, a chegada antes do incômodo e a “universalização da prevenção” (Rohenkohl, 2002, p.101). “A prevenção primária, portanto, não funciona”, acrescenta Ripa di Meana (2001, p.102), “porque tropeça no sujeito do inconsciente”. Por outro lado, no terreno das possibilidades, “o que a psicanálise aponta é a necessidade de favorecer condições fundamentais para a constituição do sujeito...”.

A idéia da imprevisibilidade do inconsciente encerra um paradoxo. Se o caráter imprevisível das manifestações inconscientes for tomado sem ressalvas, o que significa dizer que não há qualquer possibilidade de prever o que se expressa por meio dos processos psíquicos inconscientes, então seremos obrigados a abandonar inclusive um dos pilares da psicanálise: a universalidade e inevitabilidade do complexo de Édipo. O relativismo implícito no discurso dos que rechaçam a aproximação entre a psicanálise e a prevenção primária, denuncia uma falta de rigor na aplicação deste mesmo relativismo a vários conceitos fundamentais da psicanálise que pressupõem um mínimo de generalização e previsibilidade, tais como: as fases de desenvolvimento psicossexuais, o surgimento do complexo de Édipo, as características básicas do id, ego e superego, presentes em todo indivíduo, etc.

Contrariamente à opinião da não aplicabilidade da psicanálise à prevenção primária, Hoffman (2003) defende a aplicação da psicanálise com vistas à prevenção primária e secundária. Já Mohacsy (1983) aponta a necessidade de abordar os problemas de comportamento precocemente, inclusive com a orientação de pais, professores e instituições sociais no sentido de se levar em conta as reais necessidades da criança, considerando o

conhecimento já existente sobre o desenvolvimento da personalidade. Quanto à prevenção secundária, o mesmo aconselha o treinamento de profissionais que dão assistência à criança, tais como pediatras e professores, para que sejam capazes de aconselhar pais no enfrentamento de transtornos psicológicos menores. Assim, conclui Mohacsy (1983): "Se psicólogos e psiquiatras puderem usar estas organizações para transmitir seus conhecimentos ao público em geral, então haverá poucas crianças precisando de tratamento no futuro" (p.270).

Não se deve desconsiderar o fato de que os conhecimentos psicanalíticos adquiridos por meio de expedientes educativos (racionalmente) têm limitado poder de transformação, mas que não deve ser desconsiderado, já que é difícil delimitar o que é exclusivamente assimilado pela consciência e o alcance de seus efeitos sobre o inconsciente. Assertiva comumente declarada, de que o conhecimento adquirido desta forma não tem efeitos sobre a dinâmica da personalidade, carece de um conceito básico freudiano, segundo o qual há comunicação constante entre os sistemas consciente e inconsciente, mesmo que para produzir resistência ou formações de compromisso em forma de sintomas.

Apoiada no conceito de saúde primária, Motta (2002) defende uma prática de prevenção em saúde mental que vá além da clínica enfocada no sintoma. A autora enfatiza a neuroplasticidade cerebral e a participação ativa do outro até mesmo na ativação e produção de sinapses, para sustentar a idéia de um enfoque clínico na infância inicial (de 0 a 3 anos). A aproximação entre a Psicanálise e a Neurologia permitiu identificar este período como sendo sensível, o que vale dizer que as experiências vividas pela criança aqui deixam marcas, mas estas se mantêm abertas a novas configurações, dada a plasticidade do desenvolvimento tanto cerebral quanto emocional.

O que se assiste nesta infância inicial é um constante movimento de transformação que confere plasticidade e indefinição ao desenvolvimento psicológico. Portanto, é prematuro e

precipitado apresentar conclusões definitivas a respeito do caminho que será traçado pelo psiquismo infantil até ganhar contornos mais duradouros. Pode-se apenas apontar tendências, o que já é de grande valia. Transformações constantes são observadas neste princípio, a tal ponto que, uma estrutura patológica que se configura inicialmente, em decorrência de experiências desestruturantes, pode ser desfeita no momento seguinte graças à outra ordem de fatores, estes ambientais, psicossociais e ou biológicos (instintivos).

Holinger (2000) apresenta estudos sobre a eficácia da prevenção e da intervenção precoce com base em alguns modelos teóricos de inspiração psicanalítica, e destaca os trabalhos de Gross (1994) e de Olds (1997, 1998), os quais mostram que há a possibilidade de mudar a estrutura do caráter de bebês e crianças a partir de intervenções preventivas. Holinger (2000) destaca ainda, que devem ser desenvolvidas pesquisas que ajudem a elucidar questões cruciais, tais como o papel do processo de internalização e das intervenções ambientais na construção do mundo interno.

Assim, podemos falar numa necessária *atitude hipotética constante*, um posicionamento mental aberto, pronto para refazer hipóteses, em busca de outras mais próximas da realidade que se observa; uma crença profunda na capacidade de adaptação do aparelho mental e em sua flexibilidade; uma aceitação do dinamismo como característica básica do funcionamento mental.

Mas pensar na prevenção traz à tona reflexões sobre a idéia de normalidade, de um ideal a ser buscado. Aqui, aumentam as complicações, tendo em vista que, em psicanálise, falar em prevenção aplicada à saúde mental não implica numa busca por um estado ideal. Ainda mais quando a idéia de normalidade é alvo de tantas controvérsias.

Em um de seus últimos e relevantes escritos, “Análise terminável e interminável”, Freud (1937) faz uma reflexão sobre o alcance e as limitações da análise, e apresenta algumas idéias sobre seus benefícios. Em certa medida, suas observações a este respeito ajudam a

compreender sua opinião sobre o conceito de normalidade. O “amansamento” das forças instintivas, em especial o instinto de morte, pelo fortalecimento das funções egóicas, explica para Freud, de modo simplista, o funcionamento psíquico “normal”. Mas o êxito desta empreitada dependerá da força do instinto. Freud (1937) relativisa os resultados desta difícil tarefa:

> A experiência cotidiana, contudo, nos ensina que, numa pessoa normal, qualquer solução de um conflito instintual só é válida para uma força específica de instinto, ou, mais corretamente, só para uma relação específica entre a força do instinto e a força do ego. Se a força deste diminui, quer pela doença, quer pela exaustão, ou por alguma causa semelhante, todos os instintos, que até então haviam sido amansados com êxito, podem renovar suas exigências e esforçar-se por obter satisfações substitutivas através de maneiras anormais.

Temos aqui um reconhecimento explícito de que haverá sempre limites na tarefa de resgatar um funcionamento mental satisfatório perdido (remediação), ou de facilitar seu surgimento e manutenção (promoção e prevenção). De qualquer modo, a normalidade, ainda que um ideal inatingível para Freud, esta certamente ligada a um esforço constante de submeter partes do id e sintetizá-las com o ego, num aumento gradativo de influência do processo secundário sobre o processo primário. Ao explicar a missão da análise, Freud (1937), de certa forma, expõe o que poderia ser considerada a tarefa preventiva de inspiração psicanalítica:

> Nosso objetivo não será dissipar todas as peculiaridades do caráter humano em benefício de uma ‘normalidade’ esquemática, nem tampouco exigir que a pessoa que foi ‘completamente analisada’ não sinta paixões nem desenvolva conflitos internos. A missão da análise é garantir as melhores condições psicológicas possíveis para as funções do ego.

Ogden (1992), citado por Lisondo (2000), lembra que a vida mental é o interjogo entre aspectos conscientes e aspectos dinamicamente inconscientes. A não aceitação desta dimensão inconsciente empobrece a visão de saúde mental e estreita a compreensão sobre os elementos constitutivos da mentalidade humana. Ao admitir a dimensão inconsciente, abri-se a possibilidade de novas reflexões sobre o conceito de normalidade.

A dor psíquica, tanto quanto o sofrimento decorrente de transações entre nossas instâncias psíquicas e a realidade externa, não perde seu lugar num espaço denominado saúde mental. "O mal estar é de origem... Assim, prevenção leva em conta que o transtorno humano é de origem" (Motta, 2002, p. 113).

Muito se discute atualmente sobre a possibilidade de aumentar o número de beneficiados com os achados psicanalíticos. Cogita-se inclusive a possibilidade de ampliar o alcance da psicanálise a grandes populações, através do vértice da abordagem preventiva.

Tendo em vista esta ampliação, Kusché (2002) desenvolveu e aplicou no ambiente escolar um programa inspirado em princípios psicanalíticos intitulado PATHS (*Promoting Alternative Thinking Strategies*). A pesquisadora utilizou um currículo compreensivo, a ser aplicado pelos professores com alunos no período de latência, na sala de aula. Entre os objetivos propostos, destacam-se: melhorar competências sociais, aliviar e prevenir transtornos emocionais e problemas de comportamento, reduzir fatores de risco e promover um desenvolvimento ótimo. As demandas sociais atuais, segundo Kusché (2002) exigem o desenvolvimento de uma espécie de competência emocional, tão importante de ser explorada na escola quanto saber ler, escrever e calcular.

Apesar do risco que esta proposta traz, o mesmo deve ser assumido sob pena de confinarmos cada vez mais o arcabouço psicanalítico com a pretensão de resguardá-lo. Confinado desta forma, serviria em especial às elucubrações de poucos iniciados, sabedores dos mecanismos ocultos que nos governam, como quem observa em um silêncio mórbido (e

talvez sádico), as manifestações de um inconsciente que pede significação e intervenção. Silêncio disfarçado de respeito e sabedoria, e que esconde, muitas vezes, desejos narcísicos de fazer parte de uma minoria privilegiada ("eu sei o que você não sabe a seu respeito e não vou lhe contar"). A aplicação da psicanálise a campos estranhos à clínica traz riscos? Claro que sim. Mas não maiores que seu confinamento ao universo profundo, mas restrito, da clínica. Afinal, o risco é algo permanente na prática psicanalítica.

1.4.3 Psicanálise e Educação

Escritos psicanalíticos desde sua origem foram dedicados à tarefa de analisar a educação e seu papel na formação da personalidade. Apesar da atitude crítica em relação à educação escolar e familiar, considerando-as em muitos de seus variados modelos, produtoras de subjetividades empobrecidas e submetidas, o próprio Freud empenhou-se em vários trabalhos na apreciação do assunto. O interesse despertado pela temática da educação dominou parte de seus estudos. Inclusive uma de suas principais experiências clínicas, o caso do pequeno Hans (Freud, 1909), baseou-se em orientações dadas ao responsável, pai da criança, sobre atitudes educativas mais adequadas ao desenvolvimento e recuperação do pequeno paciente.

Neste trabalho de 1909, lembra Barros (1996), Freud aponta para a possibilidade de se utilizar uma educação inspirada nos achados da psicanálise sobre o comportamento infantil, favorecendo o desenvolvimento do potencial criativo da criança e agindo profilaticamente sobre as inibições neuróticas. Nesta fase inicial de sua obra, a psicanálise e a pedagogia estavam mais próximas. O que Freud chama de uma educação psicanaliticamente orientada se

aproxima de uma proposta psicoprofilática com base nos achados da psicanálise. Isto difere radicalmente da educação infantil tradicional baseada na repressão sexual e nas doutrinas religiosas, esta incapaz de garantir um desenvolvimento mental saudável, a seu ver.

Em seu trabalho de 1911, "Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental", Freud define a educação, de forma sucinta, como um processo de controle sobre o princípio do prazer e desenvolvimento do princípio da realidade.

Ao falar sobre o interesse educacional da psicanálise, Freud (1913a) mostra as descobertas trazidas pelos estudos psicanalíticos sobre o desenvolvimento psicossexual da criança (o complexo de Édipo, o narcisismo, a disposição para as perversões, o erotismo anal, a curiosidade sexual, etc.), pouco compreendidos pela mente adulta. Demonstrando sua crença na prevenção, ele afirma: "Tudo o que podemos esperar a título de profilaxia das neuroses no indivíduo se encontra nas mãos de uma educação psicanaliticamente esclarecida" (Freud, 1913a).

No mesmo ano de 1913, Freud (1913b) volta a falar sobre a benéfica relação entre a psicanálise e a educação em nome de propósitos profiláticos. Em seus comentários sobre a obra de Pfister, o qual escrevia com o intuito de familiarizar educadores com o conhecimento psicanalítico, Freud fala da importância de colocar a psicanálise a serviço da educação, em benefício das gerações futuras. Ele faz uma análise comparativa interessante entre os esforços terapêuticos e da educação. Em relação à última, ele explica que o objetivo é evitar que algumas disposições inatas causem danos ao próprio sujeito ou a sociedade; no caso da primeira, ela é acionada para lidar com as conseqüências indesejáveis, em forma de sintoma, que afetam o indivíduo quando as forças instintivas fogem ao controle. Uma terceira possibilidade, mais daninha, é a formação de personalidades perversas. "A educação constitui uma profilaxia, que se destina a prevenir ambos os resultados — tanto a neurose quanto a perversão", arremata Freud (1913b).

Assim, ao se questionar sobre a possibilidade de usar a psicanálise para fins educativos, Freud (1913b) faz comentários que apontam tanto para uma prevenção primária quanto para uma prevenção secundária:

> O educador, por um lado, estaria preparado, por seu conhecimento das disposições humanas gerais da infância, para julgar quais dessas disposições ameaçam conduzir a um desfecho indesejável; e, se a psicanálise pode influenciar o curso tomado por tais desenvolvimentos, poderia aplicá-la *antes* que os sinais de um desenvolvimento desfavorável se estabeleçam. Assim, com o auxílio da análise, ele poderia ter uma influência profilática na criança, enquanto esta ainda é sadia. Por outro lado, poderia detectar as *primeiras* indicações de um desenvolvimento, na direção da neurose e resguardar a criança contra o seu desenvolvimento ulterior, numa época em que, por diversas razões, uma criança nunca é levada ao médico.

Os termos *antes* e *primeiras* mostram a crença inequívoca de Freud sobre a possibilidade de lançar mão da psicanálise de forma preventiva, mesmo que através da análise.

Com o avanço da primeira guerra mundial, Freud (1915c) escreve sobre os sentimentos de desilusão despertados pelas atrocidades cometidas pelos indivíduos e pelo estado. Sua opinião sobre a educação e a eficácia no que se refere ao controle ou sublimação dos impulsos instintivos elementares torna-se mais cautelosa. Ele pondera que a busca incessante pela satisfação das necessidades primárias muitas vezes deixa o homem refém de seus próprios instintos, por mais que a educação tenha se esforçado em domar as tendências inatas. Aqui parece ser observada uma espécie de digressão no pensamento otimista de Freud a respeito dos efeitos profiláticos da aplicação da psicanálise na educação.

Num trabalho posterior ("Os caminhos da formação dos sintomas"), Freud (1917) aumenta suas restrições ao esforço do trabalho preventivo. A investigação sobre o caminho da formação dos sintomas confirmou a importância das experiências infantis como sendo o terreno sobre o qual se constrói a maioria dos sintomas. Esta certeza incentivou uma série de

recomendações de proteção às vivências infantis. Freud questionava esta proteção alegando que a causa dos sintomas era complexa, não sendo reduzida a um único fator, e que o fator constitucional tornava impotentes as medidas protetivas. Conclui deste modo:

> Assim, continua sendo extremamente duvidoso saber até onde a profilaxia na infância possa ser executada com vantagens, e se uma modificação de atitudes para com a situação imediata não poderia oferecer um melhor ângulo de abordagem à prevenção das neuroses (Freud, 1917).

A oscilação na posição de Freud sobre as aplicações da psicanálise na prevenção deixa dúvidas quanto a sua real opinião sobre o assunto. De forma bastante vaga, ele volta a colocar em debate o alcance da psicanálise sobre a psicoprofilaxia, enquanto comentava as obras de Otto Rank, Theodor Reik e o Doutor Pfister. "... os limites de sua influência ainda não estão à vista", afirma Freud (1923[1922]).

Freud (1926) volta a fazer uma defesa explicita da união entre a psicanálise e a educação com propósitos profiláticos quando escreve "A questão da análise leiga". Neste trabalho ele defende um tratamento às crianças acometidas com sintomas neuróticos que combine influência analítica com medidas educacionais. Como resultado desta combinação, dois efeitos desejados ocorreriam: a eliminação dos sintomas e a reversão da tendência em direção à mudança de caráter.

O esforço em tornar o ser humano, essencialmente instintivo, um ser civilizado, está entre os maiores desafios da educação e dos profissionais e instituições a ela ligados, na opinião de Freud.

Em seus escritos sobre a etiologia das neuroses, no início de sua trajetória teórica, Freud aponta para a necessidade do investimento de energia do psicanalista na profilaxia, dada a condição de incurabilidade de algumas formas de neurose, segundo sua posição.

Freud (1930) retoma o valor relativo dos esforços para se prevenir o sofrimento e a doença psíquicos em “O mal estar na civilização”. A cada novo escrito que carrega seu pessimismo diante dos caminhos da humanidade, ele parece retroceder de sua esperança nas aplicações preventivas da psicanálise. As dificuldades do homem em encontrar a felicidade decorrem de três fontes de sofrimento, explica Freud: o poder da natureza, a fragilidade dos corpos e a inadequação das regras sociais. Como não se pode fazer muito para anular as adversidades decorrentes das duas primeiras fontes, Freud passa a ponderar sobre as possibilidades de atuação sobre a terceira. A humanidade não aceita o fato incontestável de que os meios sociais utilizados para evitar o sofrimento não tenham alcançado êxito. Retomando seu relativismo, Freud (1930) afirma:

> Contudo, quando consideramos o quanto fomos malsucedidos exatamente nesse campo de prevenção do sofrimento, surge em nós a suspeita de que também aqui é possível jazer, por trás desse fato, uma parcela de natureza inconquistável — dessa vez, uma parcela de nossa própria constituição psíquica.

Em “Novas conferências introdutórias sobre psicanálise”, Freud (1933) aponta o benefício que virá da influência da psicanálise sobre a educação das crianças, como uma alternativa aos modelos repressores que preconizam a supressão das forças instintivas. Retomando um discurso otimista sobre o tema da aplicação da psicanálise à educação, Freud (1933) afirma: “Devo mencioná-lo porque é da maior importância, é tão pleno de esperanças para o futuro, talvez seja a mais importante de todas as atividades da análise”. É retomada a discussão sobre a importância das primeiras experiências da infância e a necessidade de evitar as situações traumáticas que conduziriam a criança a um desenvolvimento neurótico limitante ou psicótico: “O reconhecimento de que a maioria das nossas crianças atravessa uma fase neurótica no curso desenvolvimental impõe medidas de profilaxia” (Freud, 1933).

Ainda que reconhecendo a necessidade da implementação de medidas profiláticas, Freud impõe restrições ao uso inconseqüente da psicanálise para fins educacionais. Aborda o papel fundamental do educador enquanto adulto que deve estar qualificado para lidar com a individualidade de cada criança, ser intuitivo o suficiente para compreender o que se passa na mente infantil e ainda mesclar quantidades suficientes de amor e autoridade. Neste sentido, como aconselha Barros (1996), a educação deve buscar um ponto de equilíbrio entre a não interferência e a frustração. Assumindo uma posição de defesa da educação psicanaliticamente orientada, portanto da prevenção primária, Freud (1933) sugere que a formação psicanalítica de educadores teria efeitos mais satisfatórios do que a própria análise das crianças.

Este equilíbrio já vem sendo buscado desde os primórdios da psicanálise de crianças. As célebres discussões públicas entre Anna Freud e Melanie Klein já revelavam esta difícil aproximação entre psicanálise e educação.

Em 1927, Klein apresenta seus argumentos contrários às recomendações de Anna Freud (1927), feitas no ano anterior, sobre a técnica de análise de crianças. As principais controvérsias giravam em torno da capacidade ou não da criança de estabelecer uma neurose de transferência, da fragilidade de seu superego e da profundidade das interpretações. Klein criticava a orientação pedagógica sugerida por Anna Freud no tratamento de crianças, enquanto Anna Freud acusava Melanie Klein de expor as crianças a situações arriscadas, dada a fragilidade do aparelho psíquico infantil. Vale ressaltar que as objeções de Klein restringiam-se à situação analítica, sendo prematuro, portanto, asseverar que ela se opunha a qualquer aplicação da psicanálise com objetivos educacionais e preventivos.

Porém, parece que o equilíbrio tão almejado ainda não foi alcançado. Lisondo (2000), alerta para uma tendência atual em se desvalorizar a experiência emocional e a própria existência do inconsciente. “A tentação do cientificismo positivista segue na prática, um

simples behaviorismo reflexológico, no mais lato senso, a Pavlov" (Lisondo, 2000, p.90), critica a autora.

Em um de seus últimos trabalhos, "Análise terminável e interminável" sabedor da difícil tarefa de educar, Freud (1937) lista três "profissões impossíveis", condenadas a acumular resultados insatisfatórios: a profissão de governar, analisar e educar. Mesmo diante dos insucessos do analista, o pai da psicanálise nunca abandonou a idéia de que este ofício é promissor e necessário. Da mesma forma, o governar não pode ser abandonado, apesar das inúmeras frustrações, em especial em nosso meio. A tarefa de educar, entre as impossibilidades apontadas, igualmente deve manter-se em curso, em detrimento de sua limitação. Assim como na análise, apesar de impossível, educar continua imprescindível.

Segundo Eizirik (1998), citado por Lisondo (2000): "... nossa chave (a psicanálise) já foi usada para abrir muitas portas, mas há mil outras esperando por nós. A educação é uma das portas a ser aberta com humildade. Encontrar uma maneira é nosso desafio" (p.100).

1.4.4 A Infância e o Infantil em Psicanálise

O título desta seção pode parecer redundante. Pode-se ponderar que falar de criança é falar do que é próprio do infantil e da infância. Que fazer distinções aqui não tem utilidade teórica ou prática. Mas existe uma distinção básica a ser considerada, apenas perceptível a partir de meados do século passado.

A criança, este ente social recentemente percebido e conhecido, sempre suscitou dúvidas, confusões, distorções e projeções. Na esteira das descobertas acumuladas no último século sobre a criança, foi-se construindo uma concepção mais refinada da infância, capaz de

esclarecer distinções antes ignoradas e inaugurar novos olhares sobre as peculiaridades do desenvolvimento psíquico durante este período crucial da vida.

Na é exagero destacar que distinguir infantil de infância é evidenciar as mudanças na maneira de ver a criança. A igualação entre infantil e infância encerra uma concepção que desconsidera os efeitos das experiências infantis, em seus contextos sócio-afetivos; enquanto marcar esta diferença, pressupõe a percepção de uma quase indivisibilidade entre experiência anterior e vivência atual. A interação entre o vivenciado no presente e o experimentado no passado é constante e indissolúvel. Abordar esta interação é evidenciar o atemporal como característico do psiquismo humano. Ou melhor, é apontar uma temporalidade específica da experiência afetiva.

O esclarecimento deste debate deve passar pela conceituação de infância e de infantil. A infância, período específico da vida, baseado em critérios temporais, representa uma faixa etária recentemente descoberta e reconhecida. Estudos feitos por Aries (1978) mostram que até antes do século XVII, a criança era vista como uma espécie de adulto em miniatura. O reconhecimento da infância é recente na história da humanidade.

Bandarovsky (1996) separa em três períodos a evolução das concepções sobre a infância: um primeiro, que engloba a época medieval e a Renascença, onde não havia nenhum sentimento de infância, se comparado com o que temos hoje; um segundo, que vai do século XVII até o início do século XX, quando a criança ganha um lugar e uma individualidade; e finalmente o período iniciado com o século XX, quando surge o que a autora chama de "criança da psicanálise", marcando a inauguração de um olhar peculiar sobre a infância. Pode-se supor que é desta noção de criança da psicanálise que surge a diferenciação entre o infantil e a infância.

A cronologia é superada pela psicanálise, na busca de especificidades no infantil e na criança (Mrech, 2002). Freud, ao unir sexualidade e criança, descrevendo uma sexualidade

infantil, faz emergir uma representação de criança dinamicamente presente em cada um de nós, ao invés de uma criança estática encerrada em si mesma (Bandarovsky, 1996). Assim, a infância pode até acabar, mas o infantil permanece como elemento interiorizado (Green, 1979).

Mas quem é esta criança da psicanálise? A esta indagação, Freud esclarece se tratar da criança que está presente no adulto, que busca prazer movida pelos impulsos libidinais, mas que destrói impulsionada pela pulsão de morte, e que se mantém incansavelmente em busca daquele primeiro objeto, alvo de seus amores e ódios, acrescentaria Klein.

Para Bleger, citado por Barros (1996), o infantil é o objeto de interesse da psicanálise, tanto de adulto quanto de criança. Mas para ele, apesar de identificar e explorar o infantil, Freud tomou a criança como seu sinônimo. Assim, a "criança da psicanálise" é o que é descrito aqui como infantil, enquanto a criança da psicologia do desenvolvimento relaciona-se com o que se considera aqui infância.

O abandono da teoria da sedução por Freud nos revela mais sobre a relação entre infância e infantil em psicanálise. Enquanto influenciado pela teoria da sedução, via o trauma como um acontecimento concreto ocorrido primordialmente na infância. Ao se referir ao trauma psíquico, com o abandono da teoria da sedução, Freud nos revela um modo infantil de encarar os acontecimentos, uma interpretação da realidade baseada em conflitos psíquicos inconscientes, uma mistura que marca a subjetividade de cada um como uma impressão digital: única, individual e identificatória.

Desta forma, há um abandono gradativo também da concepção de infantil como etapa de desenvolvimento, generalizável a todas as crianças e culturas como algo comum (Mrech, 2002). O ponto de vista estrutural abre caminho para um olhar sobre o homem enquanto ser singular, que vive suas experiências de modo específico e que é constantemente influenciado por sua história de vida.

Na opinião de Peterfreund (1978), esta concepção de psiquismo como algo único do homem, presente na metapsicologia psicanalítica, surgiu às custas de uma "adultomorfização" da infância. Ao invés de estudar o bebê a partir do ponto de vista de seu próprio mundo, prevaleceria o ponto de vista do adulto. Isto, segundo o autor, deve-se basicamente ao fato de que a psicanálise construiu sua compreensão do psiquismo infantil a partir da análise de adultos, muito mais do que da observação direta de bebês. Ainda segundo sua crítica, o pensamento psicanalítico apresentaria uma tendência em encarar estados normais da infância precoce como base hipotética para estados psicopatológicos posteriores.

A visão psicanalítica da infância será sempre retrospectiva, na opinião de Carstairs (1992), já que o tratamento psicanalítico depende de uma troca verbal e o bebê não pode falar. Citando Stern (1985) e Emde (1988), ela descreve uma discrepância entre a visão de infância extraída da experiência clínica (o bebê clínico) e a que resulta da observação direta (o bebê observado).

Peterfreund (1978) resume assim sua crítica à metapsicologia psicanalítica, que mais se assemelha a uma descrição da metapsicologia freudiana inicial: "Em suma, a metapsicologia psicanalítica é uma teoria fundamentalmente pré-darwiniana, 18centista, vitalista e hidrodinâmica, que invoca um homúnculo – o ego – como conceito explicativo central" (p.437).

Os avanços da psicanálise parecem não carregar estes problemas. A reformulação de alguns conceitos psicanalíticos contribuiu para uma maior aproximação da realidade psíquica do bebê, em especial graças às contribuições de Melanie Klein.

Em Klein, a dimensão histórica está sempre acompanhada das dimensões dinâmica e estrutural. Cintra e Figueiredo (2004) apontam a necessidade de distinguir no pensamento kleiniano os conceitos de infância e infantil. As teorias de Melanie Klein operam, segundo os autores, sobre a dimensão do infantil, o que significa realizar articulações entre o infantil e o

psiquismo em qualquer idade, “e isso implica transitar... pelos meandros das questões filosóficas relativas ao tempo, ao além do tempo e ao sem tempo” (Cintra e Figueiredo, 2004, p.55).

Enquanto o infantil é durável e significador das experiências, a infância marca apenas sua inauguração. A criança é um sujeito cronológico, enquanto o infantil é um sujeito psíquico.

1.4.5 O Modelo Kleiniano

Descrições atuais sobre o recém-nascido apontam para um ser ativo, que interage desde o princípio e que apresenta um aparelho perceptivo bem mais sofisticado do que jamais se imaginou. Este bebê, que emerge das pesquisas modernas e dos discursos científicos, aproxima-se cada vez mais do bebê descrito já no final da década de 20 do século passado por Melanie Klein.

Inúmeros dados estatísticos, emanados de estudos recentes, não deixam dúvidas quanto às capacidades já presentes no momento do nascimento ou que se desenvolvem a partir dele no bebê. Visão, audição, paladar e olfato mais aguçados (Cernoch & Porter, 1985; Haith, Bergman & Moore, 1977; Kuhl et al., 1992) habilidades sociais bem estabelecidas, capacidade cognitiva em franco funcionamento (Piaget, 1967, 1993), memória ativada (Hayne, Rovee-Collier & Borza, 1991). A única exceção é a motricidade, obviamente bastante rudimentar. A descrição de um ser considerado indiferenciado ao nascer não encontra sustentação; muito menos a idéia de uma indiferenciação entre sujeito e ambiente. Como bem revela Mohacsy (1983): “O quadro que emerge não é de uma fusão de uma ‘unidade dual’,

mas uma verdadeira díade, a criança e a mãe cada um dando deixas e condicionando o comportamento do 'outro'" (p.272).

Os avanços tecnológicos nas neurociências serviram para dar maior legitimidade e credibilidade ao que já havia sido intuído sobre a atividade psíquica do recém-nascido por Klein.

Por meio de levantamentos detalhados que objetivavam conhecer as motivações do comportamento humano, Emde (1988) mostrou que o bebê nasce com uma espécie de "agenda desenvolvimental" voltada para a atividade, o que vale dizer que o homem é por natureza um ser que tem uma tendência para a atividade. Sua interação com o ambiente se dá segundo tendências pré-determinadas. Isto não invalida, é claro, toda a riqueza de interações com o ambiente, que têm influência direta sobre o desenvolvimento mental. A auto-regulação, um segundo motivador básico, garante uma espécie de equilíbrio interno, já bem conhecido na Biologia como homeostase, e que estaria presente nos sistemas comportamentais. Um outro motivador do comportamento, uma espécie de habilidade social para a adaptação ('social fittedness'), prepara o bebê para participar com desenvoltura, desde o princípio, das interações humanas. Um quarto motivador básico do comportamento diz respeito a uma propensão para monitorar a experiência de acordo com sua qualidade prazerosa ou desprazerosa. "Estes princípios motivacionais são inatos, universais e operativos durante a vida", conclui Emde (1988, p.31).

A simples apresentação destes dados autoriza a escolha do modelo kleiniano como adequado para a discussão em questão neste trabalho, e o coloca como surpreendentemente atual. A visão de homem, de natureza humana, contempla boa parte do que aqui se discute sobre as condições do bebê ao nascer.

As contribuições de Melanie Klein começaram por uma fidelidade ao pai da psicanálise, mas logo assumiram uma independência e originalidade que autorizavam o

nascimento de uma teoria autônoma. Este nascimento certamente contou com a decisiva influência de Sandor Ferenczi, o precursor e inspirador dos primeiros trabalhos de Klein. Barros (1996) aponta esta filiação do pensamento teórico de Klein, enfatizando alguns aspectos notadamente presentes, tais como: a centralidade das emoções, que organizam e dão significado aos acontecimentos psíquicos; a onipresença das fantasias inconscientes; a simbologia presente no jogo e no comportamento nas sessões de análise; e a importância da interpretação transferencial.

Segundo Mezan (1993), Ferenczi foi pioneiro ao dar especial atenção à forma como o comportamento do paciente aparece na sessão. Certamente, esta ênfase influenciou a teoria de Klein. Atenta às variações do comportamento, ela preocupava-se mais com a maneira como a pessoa percebe, deseja e sente e os significados extraídos destas experiências. Por esta razão, segundo Mackay (1981), a teoria kleiniana seria uma teoria fenomenológica, por se preocupar menos com as causas do que com os efeitos.

A centralidade das emoções, na opinião de Stein (1990), dá ao modelo kleiniano uma originalidade marcante. Os sentimentos não são vistos como surgindo secundariamente ao trauma. Os sentimentos e as emoções surgem primariamente e requerem o uso de mecanismos defensivos diversos, os quais estariam presentes em várias psicopatologias, caso alcançassem níveis elevados. Assim, são os sentimentos que promovem ou obstruem o desenvolvimento, para a autora.

No que tange às fantasias inconscientes, suas vinculações com os sentimentos são estreitas. Para Isaacs e Riviere, citados por Stein (1990), as fantasias contam a história de um sentimento ou de uma sensação. Mas elas só podem ser inferidas fenomenologicamente, não sendo possível percebê-las através de uma observação direta do comportamento (Carstairs, 1992). Ainda assim, Klein atribui às fantasias um lugar central e um início precoce. Em seu trabalho sobre o desmame, de 1936, ela já mostra o valor atribuído à fantasia:

> Creio que essa é a atividade mental mais primitiva e que as fantasias já estão na mente do bebê quase desde o nascimento. Aparentemente, todo estímulo recebido pela criança imediatamente gera a fantasia... (Klein, 1936, p. 332).

Apesar do caráter fantástico das fantasias produzidas pela mente do bebê e que distorcem a realidade, elas são experimentadas como reais e vívidas.

Bianchedi (1988) mostra as inovações trazidas pela escola kleiniana, das quais destacam-se: a) a existência de um ego que estabelece relações de objeto desde o início da vida, que experimenta ansiedade e que desenvolve mecanismos de defesa primitivos; b) o funcionamento mental sendo estruturado pelos mecanismos de identificação projetiva e introjetiva; c) um conceito de mundo interno que deriva de fantasias inconscientes, as quais são influenciadas pelas relações de objeto; d) a proposição de uma teoria das posições (esquizo-paranóide e depressiva) que dá grande ênfase às ansiedades psicóticas no funcionamento mental por toda a vida; e) um ponto de vista diferente sobre o instinto de morte e suas vicissitudes, dando origem a conceitos fundamentais como o da inveja primária.

A obra de Melanie Klein foi forjada no decorrer de um percurso intelectual marcado por uma fidelidade inicial a Freud, e seguida de uma originalidade ímpar. Para Simon (1986), Klein foi quem mais contribuiu para o desenvolvimento da psicanálise, depois de Freud. Apesar de se considerar como uma freudiana e de encarar seus escritos como um desenvolvimento natural a partir das idéias de Freud, já que recorria constantemente à obra do pai da psicanálise, sua teoria foi atacada e ela mesma considerada como rival de Freud (Mackay, 1981).

O'Shaughnessy (1982) divide a obra de Klein em três estágios: no primeiro, ela inclui vários artigos derivados das observações lúdicas e que apresentam uma técnica de análise de crianças. Estes trabalhos foram reunidos no livro *The psychoanalysis of Children*, de 1932.

Aqui, são confirmadas por Klein algumas descobertas de Freud sobre as fantasias inconscientes, mas ela acrescenta ainda a presença marcante da ansiedade e do sadismo. Além disso, altera a escala temporal do desenvolvimento, ao apontar relações de objeto desde o início da vida, ao antecipar o surgimento do complexo de Édipo, influenciado por impulsos pré-genitais, e finalmente ao apresentar um superego primitivo e aterrorizante, já presente desde as primeiras relações de objeto, o que causou grande polêmica na comunidade psicanalítica da época. Num segundo momento, chamado de intermediário pela autora, Klein apresenta sua teoria do desenvolvimento mental. Distanciando-se da progressão por fases psicossexuais sucessivas, modelo freudiano, ela defende a progressão das relações de objeto, com os impulsos, ansiedades e defesas decorrentes. As relações de objeto se desenvolveriam não através de fases, mas de posições. Klein descreve primeiro a posição depressiva, a segunda a aparecer. Por fim, no chamado terceiro estágio, Klein volta-se mais ainda para o desenvolvimento mental primitivo, e apresenta a posição esquizo-paranóide, detalhando a influência dos impulsos agressivos. Termina por lançar a teoria da inveja primária e sua relação com o sentimento de gratidão.

Enquanto Freud apoiava-se num modelo mecanicista, movido pela ânsia de tornar suas proposições mais de acordo com moldes científicos, em especial nos seus primeiros escritos, Melanie Klein ateve-se à finalidade de compreender os fenômenos psíquicos, sem muita preocupação com um status científico, o que aproximou sua teoria das ciências humanas (Bianchedi, 1988). Freud por sua vez, tentou manter-se mais próximo das ciências naturais, por meio das explicações econômicas (os investimentos de energia libidinal), topográficas (consciente, pré-consciente e inconsciente), dinâmicas (o interjogo das forças instintivas) e estruturais (id, ego e superego).

Mackay (1981) ressalta o caráter fenomenológico da teoria kleiniana, que corresponde à visão de homem das ciências humanas, em contraste com o modelo mecanicista de Freud

(com conceitos energéticos e estruturais e pontos de vista dinâmicos e econômicos), em especial em seus primeiros escritos, mais próximos das concepções das ciências naturais. Mas ressalta o autor que o pensamento kleiniana "... emprega a terminologia da teoria estrutural freudiana, com suas várias conotações mecanicistas" (Mackay, 1981, p.196).

Para Davidovich (1982), um dos grandes méritos de Melanie Klein foi ter ampliado a aplicação dos conceitos de inconsciente e transferência, estendendo os limites de atuação da psicanálise. As fantasias inconscientes estariam presentes nos processos mentais desde a primeira interação do bebê com a mãe e as funções corporais teriam íntima relação com os significados extraídos pelo mesmo, das experiências (Klein, 1952a).

O uso feito por Klein para o termo "inconsciente", segundo Mackay (1981), corresponde à última noção dada por Freud ao termo, ou seja, não como uma estrutura ou sistema, mas como uma forma de descrever a qualidade dos sentimentos e fantasias, que podem ser conscientes ou inconscientes. Mackay explica ainda, que Klein demonstra mais interesse nos efeitos do id sobre a mente do que na origem dos instintos. Além disso, ego e self por vezes ganham status de equivalência, mas prevalece o sentido psicológico do termo self como um constructo que abrange o ego e o id.

Com a publicação do caso Dick, Klein (1930) abre caminho para a viabilização de uma verdadeira psicanálise de crianças e de psicóticos. Mas não via uma oposição exclusivamente qualitativa entre saúde mental e doença.

Kavaler-Adler (1993) apresenta o modelo kleiniano como fundamental e único, por integrar os aspectos processuais e conflitivos da mente humana. A autora explica que "Os movimentos progressivos no sentido da posição esquizo-paranóide em direção à posição depressiva, com as oscilações, formam parte do aspecto processual da teoria kleiniana" (Kavaler-Adler, 1993, p.188).

O conflito, presença constante no acontecer psíquico, não é encarado como indicador de processo patológico, mas constitutivo do ser humano e fundador de sua personalidade. Enquanto para Freud os impulsos teriam uma existência isolada (como impulsos físicos), para Klein eles estavam sempre relacionados a objetos internos e dirigidos a objetivos construtivos e destrutivos (Kavaler-Adler, 1993), caracterizando a condição conflitiva.

A continuidade psíquica, presença marcante na obra de Melanie Klein, foi abordada em vários trabalhos (Klein, 1921; 1923a; 1923b). O acontecer psíquico é marcado pela história do sujeito, num processo contínuo. O desenvolvimento psíquico segue uma lógica baseada na experiência subjetiva do sujeito.

A maneira de encarar a ansiedade, sua etiologia e função no desenvolvimento mental, ajuda a esclarecer as particularidades do modelo kleiniano e suas semelhanças e diferenças em relação ao modelo freudiano. Também ajuda a esclarecer esta condição conflitiva como elemento estruturador.

A ansiedade foi encarada a princípio por Klein como inibidora das capacidades, para depois assumir a condição de propulsora do desenvolvimento mental (Stein, 1990) e sempre significativa (Carstairs, 1992). Freud asseverava que a função primária da ansiedade estava ligada à auto preservação e, mais tarde, à proteção do ego. A presença da ansiedade desencadearia no ego mecanismos defensivos voltados para a proteção contra perigos internos e/ou externos. Assim, o fortalecimento do ego seria inversamente proporcional à presença da ansiedade. Klein, por sua vez, enfatizava mais a capacidade do ego para tolerar ansiedade do que a presença ou ausência da mesma. Desta forma, a normalidade para Freud é alcançada quando a ansiedade é reduzida a quantidades mínimas (Freud, 1933), enquanto para Klein, não é a quantidade (ainda que importante) que determina a normalidade, mas a qualidade da ansiedade. O ego saudável tolera, distribui e modifica a ansiedade (Bianchedi, 1988).

Em “Inibições, sintomas e angústias”, Freud (1926a) apresenta sua idéia de que a ansiedade, que antes era considerada como resultante de libido acumulada, desencadeia no ego o processo de repressão.

Assim, o funcionamento mental é visto de forma fundamentalmente diferente por ambos os autores. Freud enxerga na vida mental uma tendência para o equilíbrio com uma busca constante por redução de tensão a um nível ótimo ou mínimo (ponto de vista econômico). Já para Klein o princípio regulador da vida mental é a organização, uma espécie de tendência que aponta para o crescimento e o desenvolvimento (Bianchedi, 1988).

As partes seguintes desta revisão serviram para descrever os elementos essenciais do modelo kleiniano. Esta tarefa se desenvolveu, como antecipado no início da revisão, a partir de uma análise comparativa entre as propostas kleiniana e freudiana.

1.4.5.1 O Modelo Kleiniano: Visão de Homem

A visão de homem, que pode ser extraída a partir da leitura de textos teóricos e técnicos, mostra muito de como o ser humano é concebido e como é entendida a natureza humana. Em que condições nasce o ser humano? Qual a moral inata (boa, má ou neutra)? Em relação à natureza da ação, podemos dizer que prevalece a atividade, passividade ou interatividade? A resposta a estes questionamentos é determinante para compreender qual a visão de homem implícita num determinado modelo teórico. Os conceitos desenvolvidos são amplamente influenciados por esta visão. Pode-se inclusive dizer que aqui se encontra a identidade da teoria, o que a diferencia das outras, ou mesmo os pontos de concordância e oposição em relação a outras visões.

De partida, observa-se em Klein uma visão de homem bastante peculiar, inédita mesmo, e pouco comprometida com o politicamente correto. Não se encontra uma preocupação em apresentar um homem agradável aos olhos e ouvidos ou mais de acordo com os ideais humanitários. Ao contrário, observa-se uma fidelidade quase obsessiva pela verdade, por mais que ela pareça carregada de componentes destrutivos e primitivos. Em seus escritos, é clara sua intenção em descrever um ser humano real, exatamente da maneira como se apresenta, ao invés de um perfil do homem ideal. Possivelmente, a teoria winnicottiana cedeu ao último caminho, apresentando um ser humano de natureza essencialmente boa, capaz de se dirigir espontaneamente ao desenvolvimento saudável, a partir de um suporte adequado do ambiente, inicialmente representado pela mãe. A destrutividade, neste modelo ideal, seria quase que puramente reativa, resultante de falhas no ambiente. Sem ceder a tentação de buscar um homem ideal, Klein mergulhou nas profundezas da mente humana e extraiu componentes muitas vezes desagradáveis de se conhecer. Não hesitou em apresentar a destrutividade humana como primária e constitutiva.

Atenta aos desdobramentos dos impulsos agressivos, Klein não poupou detalhes ao descrever o caráter violento e insaciável dos processos inconscientes (Cintra e Figueiredo, 2004).Entretanto, foi igualmente capaz de revelar a importância da capacidade de amar, do poder da reparação e da relevância da gratidão.

A influência de Karl Abraham no percurso pessoal e teórico de Klein teve papel marcante no destaque dado pela autora à agressividade, tanto na compreensão do funcionamento mental, quanto na técnica ludoterápica criada por ela e aplicada no tratamento de crianças (Kavaler-Adler, 1993).

Mesmo em Freud, observa-se também uma paulatina valorização da agressividade na vida mental e no desenvolvimento. Desde que cunhou o conceito de ego, em 1923, quando apresentou uma instância psíquica contrária às pulsões, Freud reviu mais tarde as

características egóicas e reconheceu no ego uma instância que comporta ela mesma energias libidinais e agressivas.

Da mesma forma, a ansiedade deixou de ser vista como um produto da tensão e da frustração, e passou a ser encarada como uma marca do ego, após a divisão dos instintos (vida e morte), em 1915b. Neste trabalho de Freud, e no apresentado por Abraham (1924), a agressividade ganhou um papel central, juntamente com os sentimentos de desprazer, na vida mental e no desenvolvimento da personalidade. O conflito psíquico básico estava focado na sexualidade. Por um lado, o instinto sexual, em busca do prazer, e por outro o de auto preservação, orientado pela realidade. A grande contribuição kleiniana foi revelar que, mesmo quando há concordância entre os impulsos e a realidade, um conflito interno continuava a existir (Stein, 1990).

Assim, na concepção kleiniana, a reação de oposição do ego em relação às pulsões dizia respeito à defesa contra sentimentos intoleráveis para ele mesmo, ao invés de alerta por se oporem à realidade ou acumularem energia.

Desta forma, Klein avançou de uma visão dos instintos como externos ao ego, para uma visão do ego experimentando sentimentos intimamente relacionados com os instintos. O conflito, como se vê, esteve desde o princípio no centro das atenções dos escritos kleinianos: nos primeiros trabalhos, desde 1919, com a oposição entre os impulsos libidinais e agressivos; e a partir de 1927, com o interjogo entre amor e ódio. Desde então, esta foi a tônica do modelo kleiniano.

Segundo Spillius (1983), o instinto de morte revelado por Freud ganhou posição de destaque e novo sentido na teoria de Klein. Apesar de ambos adotarem a idéia de uma destrutividade primária, Freud a relacionava com a fusão dos instintos de vida e de morte e explicava a agressividade como resultado da deflexão do instinto de morte para fora do indivíduo. Klein, por sua vez, explicava esta deflexão como um mecanismo de projeção de

sentimentos agressivos intoleráveis que tinham como destino objetos externos. Como resultado, estes objetos assumiam as características rejeitadas pelo ego e passavam a ameaçá-lo. A ansiedade resultaria da ameaça destes objetos "maus", internos e externos. Sadismo e ansiedade tornam-se um binômio básico dos escritos de Klein. Como se pode notar, diferente de Freud, Klein enxergava os instintos sempre vinculados a objetos.

As pulsões, reveladas por Freud (1915b) como forças inatas dirigidas ao alívio da tensão, assumiram no modelo kleiniano muitas das características atribuídas ao ego pelo pai da psicanálise. Direcionadas incondicionalmente a objetos, as pulsões passaram a descrever estados afetivos intensos. Como bem explica Stein (1990), referindo-se a Greenberg & Mitchell (1959): "... Klein deixa claro que seu conceito de pulsão não diz respeito apenas à redução de tensões corporais, mas principalmente a um relacionamento mais completo e intenso com outra pessoa" (p.507).

A autora acrescenta que a centralidade dos sentimentos nos processos psíquicos obriga o ser humano a se organizar em função da sua manifestação e de seu controle. E a necessidade de controle, em especial no início da vida, torna a onipotência infantil o princípio primário do desenvolvimento, bem mais do que a sexualidade infantil. A onipotência infantil permite que objetos sejam criados por sentimentos na vida mental (Stein, 1990).

A riqueza e variedade de fenômenos psíquicos descritos até aqui fazem supor que se trata de descrição de uma teoria pouco interessada pela influência do ambiente externo, ou que atribui valor desprezível às interações homem x meio.

O modelo kleiniano já foi alvo de inúmeras críticas que apontavam uma certa desvalorização do papel do meio ambiente no desenvolvimento mental. Um exame mais rigoroso dos trabalhos de Klein logo afasta estas críticas.

Em "Notas sobre alguns mecanismos esquizóides", Klein (1946) afirma:

> No desenvolvimento normal, os estados de desintegração experimentados pelo bebê são transitórios. Entre outros fatores, a gratificação constante vinda do objeto externo ajuda a romper estes estados esquizóides (p. 70).

Os estados esquizóides a que se refere a autora são comuns nos primeiros meses de vida e deturpam a capacidade do bebê de avaliar adequadamente os dados da realidade. A percepção, mesmo que bastante ativa ainda peca pela incapacidade de integrar elementos. A realidade apresenta-se fragmentada, facilitando as distorções resultantes dos impulsos destrutivos, os quais são aguçados pelas experiências de frustração. Este cenário favorece uma maior atividade dos processos psíquicos sobre a capacidade perceptiva do bebê. Dito de outra forma, o mundo interno destorce o mundo externo, e este, uma vez "contaminado", tem influência direta sobre aquele. Ainda assim, está obvia a interação constante entre ambos.

Nestes primeiros meses de vida, como se pode notar, a relevância não está no ambiente externo como elemento predominante. Ele representa apenas mais um numa equação complexa de interações complexas. Além do ambiente, estão presentes nesta equação as tendências inatas trazidas pelo recém-nascido, o que vale dizer: suas pulsões de vida e de morte e a capacidade do ego para tolerar frustrações.

À medida que o bebê cresce, e as interações com o meio se desenrolam com o predomínio das gratificações sobre as frustrações, a percepção amadurece e se torna capaz de apreender um mundo externo mais de acordo com suas características objetivas. A figura materna, principal responsável pela introdução do bebê no mundo externo, aumenta sua presença objetiva e sua influência sobre os rumos do desenvolvimento mental de seu filho.

Enquanto aparece como um dos elementos no espetáculo inicial do desenvolvimento da personalidade, misturado entre as percepções, sentimentos e pulsões do bebê, o ambiente vai aos poucos assumindo posição de destaque neste cenário, sobrepondo-se aos demais, porém nunca os sucumbindo.

As contribuições inestimáveis de Bion (1966, 1991), um pós-kleiniano que foi capaz de desenvolver seu próprio modelo teórico e um pensamento único, ajudaram a dar ao objeto externo seu lugar de elemento integral no sistema. Segundo Spillius (1983), a descrição da noção de objeto enquanto continente, deu a Bion o mérito de mostrar o quanto e como o ambiente é importante. A capacidade de *reverie* e a função alpha garantem ao objeto a qualidade de conter em seu interior aquilo que não é suportado ou compreendido pelo bebê. O ambiente apresenta-se como continente, suporta e organiza as experiências e as devolve num estado que pode ser reintrojetado e compreendido. Bion também admite que o fracasso ou o sucesso nesta interação da criança com o ambiente depende de fatores internos, como a intolerância à frustração e a inveja do indivíduo.

Conforme se avança na descrição do ideário psicanalítico kleiniano, verifica-se uma visão de homem como sendo essencialmente conflitivo e interativo. Vida e morte, amor e ódio, agressividade e reparação, inveja e gratidão, enfim forças opostas se combinam num mundo mental carregado de objetos. Estes objetos, que interagem entre si e com objetos externos, são o alvo básico dos sentimentos humanos desde a primeira experiência do bebê. Prevalente no início, a agressividade influencia todas as interações e experiências do ser humano. Gradativamente, os impulsos libidinais, expressos pelo amor e pelo desejo da construção e da reparação, assumem lugar de destaque e se sobrepõem aos impulsos destrutivos, expressos pelo ódio e pela agressão. A capacidade de amar encaminha o ser humano para relações mais saudáveis e duradouras. Ainda assim, o conflito prevalece, pois não existe relação de objeto que não seja ambivalente para Melanie Klein. As oscilações entre amor e ódio permanecem por toda a vida. A saúde mental significará a vitória do primeiro sobre o segundo. O estado saudável, entretanto, estará invariavelmente ameaçado, para alguns mais e para outros menos, mas sempre ameaçado, pela ambivalência latente. Estas considerações abrem caminho para novas concepções de saúde mental, de normalidade, mais

associadas a um funcionamento mental balizado por mecanismos identificados com a posição depressiva.

Esta profusão dialética e a importância do ambiente se fazem perceber na visão de homem de Klein (1937) quando ela responde a questão "O que somos nós?":

> Tudo de bom e de mau pelo que passamos desde os nossos primeiros dias de vida; tudo o que recebemos do mundo externo e tudo o que sentimos em nosso mundo interno: experiências felizes e tristes, as relações com as pessoas, atividades, interesses e pensamentos de todos os tipos – ou seja, tudo o que vivemos – faz parte de nós mesmos e ajuda a construir nossa personalidade (p.379-40).

1.4.5.2 O Modelo Kleiniano: Posições x Fases

O esclarecimento sobre a visão de homem implícita no modelo kleiniano serve, a princípio, para elucidar como o ser humano é percebido e como é seu relacionamento com a realidade. Entretanto, faltam dados que ajudem a entender também como o homem se desenvolve. A originalidade do pensamento de Klein se revela de novo surpreendente, ao apresentar um modelo de desenvolvimento que se afastou da saída já consagrada de explicar a evolução do psiquismo humano através de fases sucessivas.

Fiel à idéia de que o ser humano estava sempre às voltas com dois grupos de ansiedades e defesas, Klein distancia-se da proposição freudiana inicial, segundo a qual a ansiedade seria a princípio destituída de significado, apenas resultante de um distúrbio econômico. O significado psicológico viria apenas, como explica Bianchedi (1988), do deslocamento da ansiedade para as condições que a determinaram. Mais tarde (Freud, 1933), são apresentados os conceitos de *angústia neurótica e angústia real.*

Assim, temos um modelo que descreve duas ansiedades: uma com significado e outra sem significado para o sujeito (modelo freudiano); e outro modelo que atesta dois grupos de ansiedades: aquelas que decorrem de ameaças ao ego e as que resultam de ameaças ao objeto (modelo kleiniano).

Enquanto desenvolve seu modelo teórico, Klein coloca a ansiedade numa posição central em sua teoria. A princípio, a ansiedade era encarada como inibidora de capacidades. Em seguida (Klein, 1923a), o desenvolvimento passa a depender da resolução da ansiedade. Mais adiante (Klein, 1929a), a ansiedade ganha status de impulsionadora da criatividade. Finalmente, a partir de 1930, a presença da ansiedade e sua resolução tornam-se cruciais para o desenvolvimento emocional. Esta idéia ficou mantida no restante de seus escritos.

Klein passou a usar o termo "posição" para substituir a palavra "fase". Esta opção guardava sua convicção de que os dois grupos de ansiedades e defesas, mesmo tendo seu surgimento nos primeiros meses de vida, representavam uma espécie de predisposição que acompanharia o sujeito por toda a vida e poderiam surgir em diversas situações, de acordo com a prevalência de sentimentos e as circunstâncias (Klein, 1952a).

Bianchedi (1983) explica que "O conceito de mobilidade posicional permite a exploração sincrônica e diacrônica das transformações e modificações das funções e processos mentais" (p. 393).

No prefácio à terceira edição do livro *A psicanálise de crianças,* Klein (1948a) apresenta algumas das razões para adotar o termo "posição" em substituição ao termo "fase". Ela argumenta que:

> O termo 'posição' foi escolhido porque, embora os fenômenos envolvidos ocorram primeiramente durante estágios arcaicos de desenvolvimento, eles não estão confinados a esses estágios, mas representam agrupamentos específicos de ansiedades e defesas que aparecem e reaparecem durante os primeiros anos de infância (Klein, 1948a, p.17).

Mais tarde (Klein, 1952a, p.118), ela acrescenta "... em certas circunstâncias, posteriormente na vida". Assim, está consolidada a idéia de posição, que norteou todos os seus escritos.

Com este ponto de vista, é abandonada a perspectiva especificamente cronológica, para se adotar uma idéia de mobilidade que se estende por toda a vida (Bianchedi, 1988). A oscilação das posições representaria uma variação de configurações, expressas por um conjunto composto de relações de objeto, ansiedades e defesas específicas. Organizações psicológicas confeririam diferentes significados às experiências vividas, influenciando e afetando a subjetividade. Uma relação dialética se instalaria, não apenas a serviço de uma superação de fases ou amadurecimento, mas também atribuindo significado subjetivo às experiências.

A perspectiva genética freudiana contribuiu de forma pioneira para a compreensão do desenvolvimento afetivo a partir da conceituação de uma seqüência bem definida de estágios, caracterizados pela prevalência de determinadas zonas erógenas (Lisondo, 2000).

Porém, a idéia de fases sucessivas dá lugar a uma perspectiva mais dinâmica e dialética em Klein. A linearidade sede espaço para a "circularidade". O desenvolvimento mental ganha uma nova compreensão, que encerra a idéia de conflito e oscilação, ao invés de superação e sucessão. Sujeito e objeto, em constante interação e interdependência, influenciam-se mutuamente. Como bem lembra Kavaler-Adler (1993), "Sem um self e um objeto diferenciados, não existe nenhuma dialética no self, somente fusão ou oposição" (p.196).

A superação do modelo de Freud e Abraham concretizou-se em 1935, quando Klein conceituou a posição depressiva. Antes, ainda mantinha em seus escritos referências a estágios psicossexuais sucessivos. De Abraham, porém, permaneceu a inegável contribuição de ter inspirado Melanie Klein a usar a idéia de objetos parciais.

O foco na interação entre os instintos de vida e de morte distanciou definitivamente Melanie Klein de seus grandes inspiradores, abrindo caminho em direção a uma nova teoria. Na realidade, já se observava em seus trabalhos um gradativo distanciamento por seu interesse sempre presente pelo conceito de objeto e pelas relações objetais.

Na opinião de Stein (1990), o conceito de posição não combina com uma perspectiva desenvolvimental, mas sim estrutural. Desta feita, não se pode explicar as alterações das configurações subjetivas em termos de fixação, regressão ou superação. Estas configurações dependerão em larga escala do modo como a pessoa lida com seus sentimentos, caracterizando a prevalência de uma ou outra posição. Estas mesmas posições teriam uma existência independente e conflitante. O retorno à organização mais primitiva, com suas defesas e sentimentos peculiares, equivaleria a o que é descrito como regressão por Freud.

A ativação de diferentes zonas erógenas numa seqüência, as quais caracterizariam as fases de desenvolvimento, não expressa a visão de Klein. Para ela, todas as zonas erógenas encontram-se ativas desde o nascimento e afetam as experiências do bebê, alimentando suas fantasias e compondo seus sentimentos a cada nova troca objetal. No início, entretanto, os impulsos pré-genitais estariam mais ativos que os genitais.

Aliás, esta interação entre sujeito e objeto, bem como o interjogo das forças instintivas, compõem o cenário no qual se estruturam as organizações nomeadas por Klein como *posição esquizo-paranóide e posição depressiva.* Estas posições representam dois modos diversos de perceber e interagir com o objeto, cada qual com seu grupo de defesas, fantasias, ansiedade e relação de objeto.

Descrita posteriormente à posição depressiva, a posição esquizo-paranóide surge no início da vida e se estende, na maioria dos bebês, até o terceiro mês. A ansiedade predominante é a persecutória, e a relação de objeto é do tipo parcial. A própria nomenclatura utilizada pela autora guarda uma coerência muito grande com sua perspectiva teórica e ajuda

a entender as características básicas desta posição; esclarece inclusive sua compreensão sobre a psicopatologia.

O prefixo *esquizo* denota a uma só vez tanto a percepção básica do bebê, quanto o tipo de relação que o mesmo estabelece com o objeto. Devido a sua imaturidade neurológica e graças a sua capacidade perceptiva, o bebê já é capaz de estabelecer uma legítima relação de objeto ao nascer, porém este objeto é percebido apenas em partes, fragmentado. As suas experiências são interpretadas e atribuídas a diferentes objetos, em especial quando elas dizem respeito a sentimentos diversos e ambivalentes. A incapacidade egóica impede qualquer tentativa bem sucedida de integrar as experiências ou mesmo os sentimentos. O próprio ego, por sua vez, fragmenta-se nos mesmos moldes aplicados ao objeto, criando um mundo carregado de contradições, e uma variedade de relacionamentos. É como se sujeito e objeto se multiplicassem. Rosenfeld (1983), referindo-se a Klein, explica que:

> ... quando o *splitting* do objeto interno e externo assume lugar, há sempre um *splitting* correspondente dentro do ego. Então as fantasias e sentimentos sobre o estado do objeto interno influenciam vitalmente a estrutura do ego (p.261).

A mentalidade primitiva do bebê é carregada por uma variedade de cisões, tanto do objeto quanto do ego. Porém, este expediente criado para afastar a angústia termina por fracassar. A idealização decorrente da cisão está a serviço de uma tentativa onipotente do bebê de se aliar a poderosos objetos que o protegeriam dos outros objetos persecutórios. A cisão é necessária para impedir que o seio mau destrua o seio bom e é salutar quando mantida para facilitar a integração na posição depressiva. Se esta cisão for excessivamente bem sucedida, paradoxalmente, o bebê tem seu desenvolvimento comprometido. Ao afastar a ansiedade, ele inibe sua caminhada em direção a posição depressiva. Para Klein, é a ansiedade, em certa medida, que impulsiona o sujeito em busca da integração. A cisão

também fracassa quando a inveja excessiva, ou outros derivados do instinto de morte (voracidade e ódio) atacam o objeto bom, prejudicando a idealização e a integração posterior, bem como a manutenção de um objeto interno solidamente estabelecido. Portanto, a busca pela integração dependerá de um equilíbrio ótimo entre cisão e idealização (Souza Melo, 1981), e será reforçada pela tendência natural à síntese, decorrente da maturação biológica do sistema nervoso e da influência da pulsão de vida e das experiências.

Neste mundo onde os objetos são parciais, os sentimentos são polarizados e as relações são contraditórias, a ansiedade é de um tipo especial. O termo *paranóide* define com exatidão este tipo especial de ansiedade. Influenciado pelos impulsos instintivos, os de vida e de morte, o recém-nascido responde às situações vividas de acordo com o resultado em termos de prazer e desprazer que experimenta. A constante presença de situações de frustração, inevitáveis a um ser pouco tolerante a elas, desencadeia reações de intensos sentimentos odiosos. O trauma do nascimento e as frustrações das necessidades corporais são atribuídos a objetos externos ou internos maus.

O sadismo atinge seu auge e tem como alvo o seio da mãe (bem como o interior de seu corpo), objeto primordial com o qual o bebê tem suas primeiras interações e a partir das quais constrói seu mundo interno e sua percepção do mundo externo. A finalidade destes ataques sádicos é devorar, esvaziar e destruir (Klein, 1935). A ênfase é colocada na agressividade do ser humano.

Movido por impulsos destrutivos, o bebê entra em contato com seu próprio ódio e o dirige ao objeto que supostamente o frustrou. A intolerância para lidar tanto com a frustração quanto com o ódio força o ego incipiente a desenvolver mecanismos de defesa. Uma variedade de dispositivos egóicos é acionada para enfrentar e alterar uma realidade que se apresenta hostil: cisão, introjeção, projeção, negação, identificação projetiva e idealização.

As inevitáveis e constantes experiências frustrantes levam o bebê a acreditar que vive em constante ameaça pelo objeto que infligiu sofrimento a ele. Esta *ansiedade persecutória* ainda é reforçada pela projeção dos próprios sentimentos odiosos do bebê, os quais ele é incapaz de reconhecer como sendo seus. Uma vez projetados estes sentimentos são depositados no objeto, que então passa a ser percebido como detentor das qualidades repelidas pelo sujeito. O medo de ser aniquilado é a mais vívida expressão de sua persecutoriedade.

A denominação *esquizo-paranóide* representa assim, o que de essencial ocorre durante os três primeiros meses de vida. É claro que esta descrição não exclui os momentos de tranqüilidade e conforto vividos pelo bebê. Inclusive estes são fundamentais para que ele mantenha suas chances de um desenvolvimento mental saudável, ou seja, em direção à posição depressiva. O fato é que Melanie Klein deu grande ênfase aos efeitos da pulsão de morte nestes primeiros meses, e estudou em profundidade seu corolário, os impulsos destrutivos. Graças a este destaque, a psicanálise ganhou nova compreensão sobre a natureza humana, sobre as psicoses e sobre a clínica de casos graves. Para Simon (1986), a ênfase à agressividade foi uma forma de Klein compensar o destaque dado por Freud ao papel da libido e suas vicissitudes na etiologia das neuroses.

O desejo voraz de manter continuamente as gratificações conduz o ego a utilizar o artifício da introjeção. Ao identificar no objeto todas as propriedades benevolentes, uma idealização se processa, e quase que simultaneamente, o bebê usa da introjeção para garantir a permanência do bom objeto em seu interior. Por intermédio deste expediente, o bebê sente-se duplamente seguro: primeiro por garantir a gratificação constante; e segundo por ganhar um poderoso aliado contra os ataques do mau objeto interno.

Um mundo polarizado e dicotômico se apodera do imaginário do bebê, descrito por Melanie Klein em termos de *seio bom e seio mau*. Tanto o ego quanto o mundo interno ficam carregados de imagos "que são uma imagem distorcida de forma fantástica dos objetos reais

em que estão baseadas" (Klein, 1935, p.304). Esta distorção compara-se ao que se processa nas mentes dos adultos psicóticos.

Na posição esquizo-paranóide a consciência de um senso subjetivo de self está ausente. Apesar da existência de um ego ao nascer, sua incipiência impede uma percepção mais clara do self, restando uma impressão difusa que faz o bebê acreditar que seus próprios impulsos agressivos emanam de objetos maus internos. Para Kavaler-Adler (1993), na mentalidade esquizo-paranóide não existe uma noção de sujeito que age, toma iniciativa ou interpreta, mas um self que se vê como vítima, como objeto de ameaças. Somente mais tarde, na posição depressiva, graças a uma maior integração, os ataques são percebidos como vindos do próprio self.

Hanna Segal (1954) usa o termo "equação simbólica" para explicar esta obscura diferenciação entre sujeito e objeto presente neste período do desenvolvimento. Segundo ela, o símbolo é confundido com o objeto, ou mesmo equivale a este.

A intolerância com sua própria destrutividade e a força da pulsão de vida, que impele o bebê a buscar sua sobrevivência, desencadeiam no pequeno infante uma seqüência quase interminável de projeções e introjeções. A projeção e os impulsos agressivos dirigidos ao objeto aumentam a ansiedade persecutória, pois geram um círculo vicioso. O objeto alvo dos ataques termina por ser temido como ameaçador, por ganhar as qualidades negativas expelidas. O que ainda não se percebe, é que este objeto odiado e temido é o mesmo objeto amado e idealizado. A mais sutil das tentativas de integração é logo abortada pelo bebê por não suportar a principal de suas conseqüências: a culpa por ter atacado e danificado o objeto amado.

A idéia da identificação projetiva, uma das maiores contribuições de Klein, surgiu no seu célebre trabalho de 1946, "Notas sobre alguns mecanismos esquizóides", quando descrevia a posição esquizo-paranóide. No interjogo dos mecanismos de introjeção e

projeção, ela demonstra a existência de um terceiro mecanismo sofisticado, movido pela onipotência do bebê e pela percepção parcial do objeto e de si mesmo. A premente necessidade de controle sobre esta avalanche de sentimentos e ameaças e, em especial, de controle sobre os objetos, principalmente maus, mas também bons, motiva o bebê a criar fantasias bastante engenhosas: partes do self(entendido como a junção entre ego e id) são separadas e expelidas, tendo como endereço o interior da mãe ou de seu seio. Desta forma, onipotentemente, o bebê tenta controlar o objeto.

A distinção entre projeção e identificação projetiva é alvo de controvérsias mesmo entre estudiosos da obra de Melanie Klein. Spillius (1983) afirma não ser útil distinguir projeção de identificação projetiva. Entretanto, não se questiona a utilidade deste constructo teórico para compreender inclusive a comunicação não-verbal que se processa na relação entre a criança e sua mãe, e, por extensão, na relação entre paciente e terapeuta. A comunicação que decorre da colocação de partes do próprio self num objeto, que funciona como continente de elementos que não podem ser compreendidos pelo sujeito, foi estudada por pós-kleinianos como Wilfred Bion (1957, 1959, 1961) e, posteriormente, Herbert Rosenfeld (1971, 1983).

Rosenfeld (1983) propõe três diferentes formas de identificação projetiva: uma voltada para a comunicação; outra com objetivos defensivos; e uma terceira observada nas relações transferenciais com pacientes psicóticos. A primeira das formas é vista como uma variante benigna, por objetivar a comunicação e não ter a finalidade de modificar o objeto que serve de continente. O objeto continente recebe elementos incompreensíveis para o sujeito e os devolve em forma de elementos compreensíveis para dentro do self. Esta experiência dá ao sujeito a importante sensação de ser compreendido por alguém e ajuda a fortalecer e desenvolver o self. Os psicóticos, por sua vez, na relação transferencial, fazem uso da

identificação projetiva em moldes semelhantes aos usados pelo bebê na posição esquizo-paranóide.

O uso da identificação projetiva com propósitos defensivos é mais nocivo e visa a livrar o self de conteúdos mentais intoleráveis. O objeto que é alvo deste mecanismo sofre modificações, tanto quanto o próprio self. A realidade psíquica e até mesmo a realidade externa são negadas e alteradas pela onipotência e em decorrência da intolerância à frustração.

Aliás, é o aumento da tolerância à frustração, à angústia depressiva e à separação do objeto que possibilita, segundo Klein, a criança vivenciar a posição depressiva. Souza Melo (1981) lembra que Klein usou respectivamente os termos "entrada", "superação" e finalmente "penetração" para descrever esta passagem. A mudança no uso dos termos denota sua convicção de que se tratava de relações objetais de tipos diversos, mas que se relacionavam entre si.

Ao elaborar seu conceito de amor, Klein oferece as bases sobre as quais se fundará a posição depressiva. Em seu trabalho "Amor, culpa e reparação", de 1937, a autora detalha sua teoria sobre o amor e remonta a origem do que ela considera como a mais complexa das emoções humanas, às experiências primitivas vividas pelo bebê na relação com a mãe.

O amor pelo objeto danificado em conseqüência dos ataques do bebê, estimula um impulso reparador. O reconhecimento pelo dano causado faz crescer a culpa e o desejo de reconstruir o que foi destruído no objeto que agora é percebido de forma integrada e, portanto, detentor das qualidades boas e más antes cindidas e deslocadas para um outro objeto.

A relação de objeto deixa de ser parcial e se torna total. Apesar do enorme avanço na qualidade das relações e na percepção, o ego agora vive a angustiante experiência da perda do objeto amado. "Só quando o objeto é amado *como um todo* é que sua perda pode ser sentida como um todo" (Klein, 1935, p.306).

A capacidade de amar, fundamental para o desenvolvimento em direção à posição depressiva, depende grandemente da quantidade de pulsão de vida presente no sujeito, mas também da quantidade e qualidade das relações de objeto. Experiências emocionais gratificantes, sensações prazerosas e sentimentos de segurança ajudam a aumentar gradativamente a internalização do bom objeto, responsável pela capacidade de amar e de ser amado. A mãe boa internalizada cria no sujeito a convicção de ser ele também detentor das qualidades benevolentes do objeto. Além do mais, dentro do sujeito o bom objeto pode ficar mais protegido e preservado.

A identificação total do ego com o objeto numa ligação libidinal motiva o primeiro a lutar constantemente pela preservação do segundo, contra os objetos maus ameaçadores e contra os impulsos do id.

Mesmo com variadas tentativas de resguardar o objeto dos perigos, principal preocupação da posição depressiva, sempre pairam dúvidas e incertezas no ego quanto à segurança e integridade do objeto bom, principalmente do objeto bom internalizado. As intermináveis projeções e introjeções, bem como os ataques sádicos realizados anteriormente, não permitem ao ego proteger eficazmente o objeto. O receio do ataque ao objeto bom permanece como ameaça constante no mundo interno. Para Klein, esta é a base para o comportamento hipocondríaco no adulto. Os sintomas hipocondríacos são motivados pela introjeção dos objetos maus.

O objeto que recebe a vigilante proteção do ego na posição depressiva é a mãe, agora já percebida de forma mais integrada e menos distorcida. A preocupação que se revela na criança pequena para com sua mãe assume formas que podem à primeira vista parecer ser resultado da grande dependência de uma pela outra. O apego da criança à mãe, tão comum de se observar nos primeiros anos de vida, é, na opinião de Klein (1935), não somente resultado

da dependência da criança, mas também decorrência de sua preocupação em garantir que a mãe esteja segura ou distante de ameaças.

Em diversas situações é comum observar a dificuldade da criança em se separar da mãe. A experiência do autor deste trabalho em ambiente escolar revela um sem número de fatos desta ordem. O acompanhamento dos primeiros dias de aula de crianças em idade pré-escolar (entre 2 e 6 anos) permite compreender as motivações de muitas destas crianças ao protestar diante da separação. É comum ouvir destas crianças, quando se oferece escuta adequada, sua preocupação em deixar a mãe voltar sozinha para casa, ou mesmo desapontada e com saudade da filha ou filho. O sentimento de culpa e preocupação das crianças com relação aos seus cuidadores é muito mais forte e freqüente do que supõe o senso comum ou a observação pouco atenta. Em geral, os casos de protesto da criança diante da separação são encarados como dificuldade ou dependência excessiva da criança. Mas a preocupação com a mãe é uma causa que não pode ser menosprezada.

Na posição depressiva o sujeito sai de seu lugar de vítima para assumir responsabilidade sobre seus atos. A ansiedade persecutória sede espaço para a ansiedade depressiva. A culpa coexiste com a paranóia, e a ambivalência torna-se presente. Se antes a preocupação essencial era com a integridade do ego, agora a atenção é dirigida para a restauração do objeto. Há um reconhecimento da própria destrutividade, diminuindo as projeções e, conseqüentemente, a sensação de estar sendo perseguido. As partes de si antes consideradas intoleráveis, e por isso atribuídas a um objeto externo alvo das projeções são integradas ao self, levando ao aumento do senso de realidade. Mundo externo e interno agora podem ser percebidos sem grandes distorções.

O bebê não pode mais imaginar de forma maníaca que seus ataques ao objeto podiam ser simplesmente esquecidos ou desconsiderados. O sujeito reconhece-se como ser histórico. Seu desenvolvimento é visto como resultante de uma história, e as conseqüências de seus atos

não podem mais ser maniacamente eliminados. Klein definiu como defesa maníaca e negação maníaca esta tentativa de iniciar novamente como se nada tivesse ocorrido ou que nada tivesse sido perdido ou danificado. A onipotência, para ela, é a principal marca do comportamento maníaco. Os desenhos e histórias infantis oferecem farto material que revela esta atitude maníaca.

Kavaler-Adler (1993) explica que com o aumento do senso de tempo e da consciência do self e do sujeito histórico, aumenta também, na posição depressiva, a sensação de que o self é vulnerável, tanto quanto o objeto. Ainda segundo a autora, com a diferenciação entre sujeito e objeto, diferenciam-se igualmente um self subjetivo e um self objetivo. O egocentrismo, que antes impedia qualquer tentativa de ver por uma perspectiva que não fosse a própria, diminui e o sujeito alcança a possibilidade de compreender outros pontos de vista, bem como observar a si próprio, através de uma descentralização.

Observa-se um processo de diferenciação generalizada, entre self e objeto, entre mundo interno e externo, entre corpo e mente. Em contrapartida, há a integração de partes do self e do objeto, entre amor e ódio. Se antes sujeito e objeto confundiam-se num processo de equação simbólica, com o aumento da capacidade de diferenciação, o ego passa a ser capaz de criar símbolos e reconhecê-los como separados dos objetos. Como todo símbolo, representa o objeto e pode substituí-lo quando do deslocamento de impulsos agressivos ou libidinais. Esta capacidade de simbolizar foi brilhantemente descrita por Hanna Segal (1954).

Para Segal (1954), um processo de luto bem sucedido possibilita a adequada internalização do objeto bom. A introjeção e a projeção, exaustivamente usadas na posição esquizo-paranóide, pela carência de uma capacidade de representação do objeto, cede espaço para a simbolização. Agora a criança pode tolerar a ausência do objeto através da representação que constrói dele, graças à elaboração do luto, ou seja, em virtude da internalização das qualidades boas do objeto perdido. A criança pode ficar acompanhada de

suas fantasias internas e representações do objeto, enquanto o mesmo está ausente. Se este processo de internalização do objeto amado intacto fracassa, estão dadas as condições para a formação de uma depressão patológica posteriormente.

É justamente a perda do objeto amado que encaminhará o ego para a experimentação da ansiedade depressiva. De grande importância também são as experiências gratificantes que decorrem da relação entre mãe e bebê. Estas experiências iniciais têm valor determinante no desenvolvimento de uma personalidade saudável, segundo as premissas do modelo kleiniano e de outros dentro do arcabouço psicanalítico.

A entrada na posição depressiva e a forma como ela será elaborada pela criança, determinarão seu futuro desenvolvimento mental. A interação entre as posições e os mecanismos defensivos correspondentes é de valor vital.

O esforço no detalhamento descritivo das posições depressiva e esquizo-paranóide revela a dificuldade em estabelecer uma diferenciação exata entre elas. O entrelaçamento entre as posições e a estreita ligação entre elas frustra a tentativa de estabelecer limites onde uma termina e a outra começa. Klein sempre recorre à qualidade da ansiedade que prevalece, ou seja, na posição esquizo-paranóide a ansiedade decorre da preocupação com a preservação do próprio ego, enquanto na posição depressiva a ansiedade vincula-se à proteção e reparação do objeto. Excluídas estas distinções, muitos dos processos psíquicos descritos por ela podem criar confusões ou dúvidas no leitor quanto à posição que está em questão. “O estado depressivo está calcado no estado paranóide, do qual deriva geneticamente”.(Klein, 1935, p.316).

1.4.5.3 Relação de Objeto Precoce x Narcisismo Primário

O modelo explicativo kleiniano sobre o desenvolvimento mental é sem dúvida um modelo genético. Visa esclarecer as origens do funcionamento mental, como nascem e evoluem os processos mentais e seu efeito sobre o desenvolvimento da personalidade. Melanie Klein dirigiu sua atenção em especial às primeiras experiências do bebê e sua interação com a mãe.

A análise minuciosa sobre estas experiências primitivas custou novas controvérsias em relação ao pensamento freudiano vigente. Até então, prevalecia o conceito freudiano de narcisismo primário, segundo o qual o recém-nascido encontra-se a princípio num estado de indiferenciação com o objeto. As percepções e sensações vividas pelo bebê eram experimentadas como uma extensão dele mesmo. Portanto, não se falava em relação de objeto, já que não havia sequer uma interação do tipo eu - outro.

Muitos estudiosos do desenvolvimento infantil corroboraram este modelo (Fenichel, 1945; Mahler, 1982; Piaget, 1967, 1993, 2002; Spitz, 1960, 1979; Winnicott, 1945; e outros). Para estes, não era possível falar na existência de um ego ao nascer. Conseqüentemente, a consciência da existência de um self e de um objeto era inconcebível. A tarefa básica do desenvolvimento, portanto, seria realizar a difícil tarefa da diferenciação gradativa em relação ao objeto, experimentado no início da vida como uma extensão do próprio sujeito.

Assumir a idéia de que existe um ego ao nascer representa uma grande mudança na maneira de encarar as habilidades e capacidades do recém-nascido, e na maneira de explicar sua interação com o meio. Em conseqüência, todo o desenvolvimento mental recebe novo olhar e as experiências do bebê ganham em complexidade e profundidade.

A etimologia da palavra ego remonta à noção de “eu”. Se existe um ego já no nascimento, então o bebê apresenta uma percepção, mesmo que incipiente e difusa, de seu próprio self. Conseqüentemente, pode supor a existência de um ou vários “outros”. Assim, suas experiências sensoriais são vivenciadas como acontecendo num terreno de interação com algo que está fora e dentro dele.

Meltzer (1981) salienta que Melanie Klein descreve uma mente que vive em dois mundos (interno e externo) e que, sem se dar conta:

> ... transformou o narcisismo, de uma teoria sobre a natureza da libido e sua ligação no corpo, para uma concepção de narcisismo que é muito mais social e organizacional, a saber as relações das partes da personalidade da criança, umas com as outras (p.179).

Tomlin e Viehweg (2003) descrevem inúmeras pesquisas sobre o desenvolvimento cerebral que apontam para a centralidade dos relacionamentos na formação das sinapses e para a importância das experiências ambientais e interpessoais para o amadurecimento cerebral. Eles mostram que os princípios da saúde mental infantil estão sendo confirmados, em especial a tese de que os bebês nascem prontos para desenvolver um apego com cuidadores. Completam os autores que esta prontidão se processa no cérebro através da produção acima do necessário, de trilhões de sinapses (nos três primeiros anos de vida), como forma de preparar o indivíduo para captar e organizar uma vastidão de informações advindas do ambiente. Com o passar do tempo, e com base em experiências repetidas, alguns padrões de sinapses serão preferidos, em detrimento de outros.

As interpretações dadas pelo pequeno infante ganham um novo colorido afetivo e intelectual. A ótica sobre o comportamento oferece uma compreensão diferente sobre suas motivações. Enfim, trata-se de uma revolução no olhar sobre o desenvolvimento emocional

infantil. O objeto é visto como alvo das pulsões advindas do id e torna-se um conceito psicológico fundamental (Davidovich, 1982).

Esta revolução seguiu um caminho difícil e tortuoso. Expor idéias contrárias a um consenso vigente exigiu muita coerência e coragem por parte de Melanie Klein. Os seus primeiros escritos ainda guardavam um esforço no sentido de garantir fidelidade ao pai da psicanálise. Porém, ela logo abandonou o ímpeto de se manter ao lado de Freud, a não ser nos pontos em que realmente existiam concordâncias. A concepção kleiniana de relações de objeto precoce foi influenciada, apesar de pouco citado, por Ferenczi, e, mais sabidamente, por Abraham.

Freud falava numa catexia libidinal original do ego, que posteriormente se dirigiria para objetos. Ao primeiro tipo de investimento de energia libidinal, aquele dirigido para o ego, Freud deu o nome de narcisismo primário. Ele descrevia um estado em que o bebê tomava a si mesmo como objeto de desejo, já que não havia percepção de um objeto externo. Assim, o bebê viveria num estado narcísico e de auto-erotismo em que não existiria relação de objeto. O prazer seria extraído do próprio sujeito. O ego surgiria a partir de uma diferenciação do id, como resultado do teste da realidade.

Para Peterfreund (1978), caracterizar os bebês como sendo “narcísicos” nada mais é do que a “adultomorfização” da infância. O conceito de “barreira de estímulos”, muito usado pelos estudiosos, entre eles Spitz (1960), para explicar o estado narcísico primário do bebê, e a concepção de que o nascimento psicológico não coincide com o nascimento biológico, desconsideram os resultados alcançados em estudos sofisticados recentes sobre o bebê, critica o autor.

Klein sustentou, desde o princípio, que o auto-erotismo e o narcisismo no bebê ocorrem num cenário de relações com objetos. Aliás, as relações de objeto estariam presentes desde a primeira experiência do bebê em seu ambiente. Em “As origens da transferência”, ela

reafirma com convicção sua hipótese: “O auto-erotismo e o narcisismo incluem o amor pelo objeto bom internalizado e a relação com o mesmo, o qual, na fantasia, constitui parte do corpo e do self amados” (Klein, 1952c, p. 74).

Portanto, o investimento libidinal ao qual se referia Freud, não tinha para Klein o ego como alvo, mas sim objetos bons internalizados, os quais eram sentidos como unidos ao ego, fruto de fantasias inconscientes. Ela, entretanto, recusava uma divergência tão grande entre suas idéias e as de Freud neste particular, já que em sua opinião, o próprio Freud não deixou muito clara sua hipótese a respeito.

Klein sustentou em algumas passagens de seus escritos que havia certa obscuridade nas explicações de Freud sobre a infância inicial. Acreditava inclusive ser possível encontrar em sua obra referências quase explícitas da existência de relações de objeto desde o nascimento. Em “As origens da transferência”, de 1952c, ela refere um trabalho de Freud de 1922, em que ele descreve uma experiência prazerosa do bebê com o ambiente externo, enquanto mama, o que denota uma crença, apesar de não defendida explicitamente, da existência de relação de objeto muito cedo na infância. Esta falta de clareza custou novos embates entre Klein e Anna Freud, piorando ainda mais uma convivência carregada de disputa e hostilidade, e acirrando por completo as diferenças de abordagens entre as duas e os modelos que defendiam.

O período que Freud descreveu como narcisismo primário, pode ser combinado com a posição esquizo-paranóide de Klein, onde a preocupação central do ego é com a sua auto preservação. O que Klein acrescenta, na verdade, é que esta preocupação não desconsidera a existência de um mundo externo, mas vê este mundo externo como elemento de interação para garantir ou ameaçar a integridade e proteção deste ego. As constantes utilizações da introjeção e da projeção são formas de manipulação dos mundos interno e externo, a serviço dos interesses narcísicos do ego.

O narcisismo propriamente dito é encarado por Klein como uma organização que aparece mais tarde, representada por uma reação hostil contra o mundo externo, em conseqüência da ineficiência do prazer alucinatório e do embate com o objeto mau que foi projetado (Davidovich, 1982). Ela distingue, segundo Spillius (1983), dois estados narcísicos: um temporário, no qual há uma retirada em direção a um objeto interno idealizado; e um mais duradouro, nomeado "estrutura narcísica", em que o expediente da identificação projetiva é usado para controlar objetos, afetando a estrutura do ego e do superego. Em seus últimos trabalhos, Klein (1957) vê o narcisismo como uma organização de defesas contra a inveja.

Ogden (1986), citado por Carstairs (1992) pondera que o uso freqüente que Klein faz dos verbos na voz passiva, ao descrever as experiências do bebê durante a posição esquizo-paranóide, faz supor que ela concebia estes primeiros meses de vida como uma "experiência não-subjetiva". O autor sugere, assim, que a infância inicial é marcada pela não apropriação da própria experiência. O bebê é menos sujeito que objeto do que experimenta.

Não era possível para Klein conceber um período inicial na existência humana destituído de relações de objeto. Ela afirma com veemência:

> A análise de crianças muito pequenas ensinou-me que não existe urgência pulsional, situações de ansiedade, processo mental que não envolva objeto, externo ou interno; em outras palavras, as relações de objeto estão no centro da vida emocional (Klein, 1952c, p. 76).

Talvez o aspecto mais impressionante das novas idéias introduzidas por Melanie Klein diga respeito à ênfase colocada nas interações não com objetos em geral, mas com objetos *internos*. Suas descrições detalhadas sobre o uso extensivo dos mecanismos de projeção, introjeção e identificação projetiva, fizeram emergir uma noção de *mundo interno* bastante peculiar e rica. Parece ser este o grande diferencial entre o modelo kleiniano e o freudiano.

Onde Freud enxergava o narcisismo primário, Klein via relações com objetos internos, os quais foram introjetados pelo sujeito a partir de suas primeiras interações com o meio social.

Spillius (1983) considera o conceito de mundo interno fundamental para compreender a teoria kleiniana. Ela o descreve como "... uma experiência subjetiva, largamente inconsciente, do ego e objetos bons e maus, construída através da operação constante do *splitting*, projeção e introjeção..." (Spillius, 1983, p.327).

Bianchedi (1988) faz uma vasta e detalhada análise do ponto de vista metapsicológico da escola kleiniana. Ela destaca o ponto de vista "espacial", que parece expressar com clareza a noção de mundo interno. A abordagem fenomenológica dada por Klein aos processos psíquicos enfatiza a localização dos espaços presentes nestes fenômenos. Assim, o conceito de mundo interno tem como base aquilo que é experimentado pelo bebê dentro de seu próprio corpo. As fantasias inconscientes mais primitivas são desencadeadas por sensações e expressas em sentimentos e emoções, o que ocorre, em especial, devido à falta de diferenciação entre corpo e mente.

Ainda detalhando o ponto de vista espacial, Bianchedi (1988) acrescenta a importância da hipótese da identificação projetiva e dos conceitos de dissociação e cisão dos objetos e do self, como aspectos de uma teoria que tem como referência um modelo espacial.

O mundo interno kleiniano encontra vários pontos em comum com a realidade psíquica freudiana. Ambos os constructos teóricos resultam de uma apreensão subjetiva da experiência, resultante de fantasias inconscientes experimentadas como extremamente vívidas e reais.

O outro ponto de vista descrito por Bianchedi e que compõe a metapsicologia kleiniana, é o "dramático". Como o anterior, ajuda a entender a opinião de Klein sobre as relações de objeto. Segundo este ponto de vista, os processos mentais ocorrem dentro de um enredo composto de vários personagens. Tanto o ego quanto os objetos atuam de forma

interativa e significativa como personagens dotados de intenções e sentimentos. “Ambos, o ego e os objetos, podem ser simultaneamente ou alternadamente espectadores ou protagonistas do drama” (Bianchedi, 1988, p.396). Alguns conceitos ajudam a firmar, na opinião da autora, este ponto de vista dramático, tais como fantasia inconsciente, objetos parciais e totais, a figura combinada, o complexo de Édipo precoce, entre outros.

Por fim, Bianchedi (1988) faz uma análise comparativa do ponto de vista econômico de Freud em relação ao modelo kleiniano. Aqui, o modelo freudiano concebe a mente como um aparelho onde circula energia e os fenômenos psíquicos como resultantes dos deslocamentos e investimentos desta energia. Ao invés de focar seu interesse no caminho e nas transformações desta energia libidinal, Klein deu especial atenção à qualidade dos vínculos estabelecidos e à variedade das relações de objeto. Dentro deste contexto de complexas interações o que mais conta não é a energia despendida, mas a comunicação estabelecida.

O ponto de vista econômico serviu como pano de fundo para Freud abordar e explicar inicialmente a ansiedade. O acúmulo de libido dentro do aparelho psíquico provocaria uma descarga em forma de ansiedade. Porém, a ineficiência econômica desta reação de descarga forçaria o aparelho psíquico a desenvolver novas estruturas capazes de encontrar maneiras mais eficazes de lidar com as catexias endógenas. Os pontos de vista topográfico e dinâmico são forjados por Freud para dar conta destes novos problemas epistemológicos. Agora, a ansiedade não mais resulta da transformação da libido, mas funciona como uma reação do ego diante de situações de ameaça a sua integridade (Freud, 1926a).

Klein (1958) por sua vez, vincula a idéia de ansiedade às tensões existentes entre as pulsões de vida e de morte, presentes desde o início da vida. Ambas as pulsões geram fantasias, desejos e relações de objeto, como lembra Bianchedi (1988). O impulso destrutivo, visto por Freud como “mudo”, opera num nível psicológico para Klein.

Se antes a ansiedade era concebida como a projeção do sadismo, agora ela está mais a serviço da vida, pois sua aparição é um sinal de que o ego sofre a ameaça da pulsão de morte. Com este ponto de vista, Klein consolida sua posição de que um ego capaz de experimentar o medo da morte e reagir às ameaças com mecanismos defensivos engenhosos está presente desde o nascimento. Além disso, o primeiro expediente usado pelo ego para afastar o perigo não seria a repressão, como acreditava Freud, mas a projeção (Klein, 1930).

Em seu trabalho de 1948b, "Sobre a teoria da ansiedade e da culpa", Klein afirma: "... a ansiedade é despertada pelo perigo proveniente da pulsão de morte que ameaça o organismo; e sugeri que essa é a causa primordial da ansiedade" (Klein, 1948b, p.49).

A opinião sustentada por Klein termina por se chocar com as afirmações de Freud, segundo as quais o medo da morte não seria uma ansiedade primária. Contrariamente a este ponto de vista, Klein (1948b) sustenta que o medo do aniquilamento da vida está presente no inconsciente, e se expressa em forma de ansiedade primária, a qual é experimentada pelo bebê como algo aterrorizante e persecutório.

A ambivalência entre amor e ódio acompanha o ego e influencia a percepção que o mesmo tem dos objetos. Stein (1990) salienta que os objetos têm características psicológicas para o bebê, pois ganham um colorido sentimental e intencional bastante variado. Amam e são amados, odeiam e são odiados, invejam e são invejados.

É no interjogo das forças pulsionais que o cenário das relações objetais se estabelece. O primeiro objeto de amor, por exemplo, resulta do investimento de libido (pulsão de vida) no seio da mãe. O seio que serviu como objeto deste investimento é tomado como algo infinitamente bom, graças às experiências positivas de gratificação e nutrição. Ameaçado pelos objetos persecutórios gerados em fantasia, o bebê investe o seio bom de qualidades onipotentes, tornando-o idealizado. Com base neste raciocínio, Klein afirma que "o objeto idealizado é o corolário do perseguidor". Detentor de todos estes atributos, o objeto bom

interno, investido de libido, ajuda a formar o núcleo do ego por meio de um processo identificatório. É essencial para o desenvolvimento mental saudável que este processo se realize, e seu sucesso depende em parte do amor e dos cuidados dispensados pela mãe ao seu filho (Likierman, 1993).

Spillius (1983, p.328) pondera que a obra kleiniana nunca detalhou ou explicitou como os objetos internos bons e maus concorrem para a formação do ego, já que este "... combina objetos bons e maus em si mesmo". Paula Heimann (1952) tentou esclarecer estas dúvidas ao ponderar que objetos seriam assimilados completa e incompletamente pelo ego. A descrição da formação do superego, também resultante da internalização de figuras boas e más, contribuiu para esta falta de detalhamento.

1.4.5.4 Superego Arcaico x Herdeiro do Complexo de Édipo

É corrente a idéia de que Melanie Klein antecipou cronologicamente boa parte dos achados de Freud. Sua experiência na análise de crianças pequenas, usando a técnica psicanalítica através do brincar, colocou diante de seu olhar intuitivo atento um grande número de comportamentos que foram sistematicamente interpretados. As fantasias inconscientes que iam se revelando, as quais envolviam dinamismos pré-genitais, levaram Klein a crer que estava em jogo desde a mais tenra idade um superego de extrema rigidez e crueldade.

As características deste superego tão arcaico só poderiam ter se formado muito cedo, quando o bebê ainda se encontrava às voltas com seus impulsos destrutivos em franca evidência. Formava-se a partir daí, o conceito de superego precoce, resultado da

internalização de objetos bons e maus, e que tinha seu nascimento logo na primeira relação de objeto do bebê.

O superego freudiano, por sua vez, tinha características diferentes, em certa medida, das citadas acima e sua origem remontava ao final da fase fálica, por volta do sexto ou sétimo ano de vida. Estava instalada mais uma importante divergência entre os modelos kleiniano e freudiano.

As principais contribuições de Freud sobre a origem do superego apareceram em seu célebre trabalho de 1923, "O ego e o id". Tido como o herdeiro do complexo de Édipo, o superego assumia a importante função de manter reprimidos os desejos edípicos através da interdição do incesto.

As explicações dadas por Freud para a formação do superego têm íntima relação com o fenômeno da identificação, realizado pelo ego quando do abandono do objeto libidinal, o qual é instalado no ego, como forma de lidar com o luto pela perda do objeto amado. Este expediente, comum em indivíduos melancólicos, ajudaria o ego a lidar com as exigências instintuais do id, pois este último passaria a ter o próprio ego como objeto de seus impulsos. Ao mesmo tempo em que a identificação com o objeto perdido aumenta o controle do ego sobre o id, o primeiro também é obrigado a se sujeitar às exigências do segundo.

O cenário no qual se desenrola o processo de formação do superego é o da fase psicossexual em que ocorre o complexo de Édipo. A bissexualidade e o caráter triangular são apontados por Freud como fatores determinantes no desenvolvimento e dissolução do complexo de Édipo. Assim, ele fala em um complexo de Édipo completo, onde ocorrem identificações com ambos os pais e sentimentos ambivalentes pelos dois. O foco não é sobre um tipo simples de relação que exclui um dos genitores como objeto de ódio, e privilegia o outro. As fantasias edípicas têm ambos os pais como alvo, de forma intercalada e ambivalente: quando um é amado, o outro é odiado e hostilizado, e vice-versa.

A partir da descrição deste complexo de Édipo mais completo, Freud (1923) supõe a formação do superego como resultante da identificação com as figuras paterna e materna, a qual é definida por ele da seguinte forma:

> "O amplo resultado geral da fase sexual dominada pelo complexo de Édipo pode, portanto, ser tomada como sendo a formação de um precipitado no ego, consistente dessas duas identificações unidas uma com a outra de alguma maneira. Esta modificação do ego retém a sua posição especial: ela se confronta com os outros conteúdos do ego como um ideal do ego ou superego" (Freud, 1923, p.46-47).

Este precipitado definido como superego que se formou a partir das escolhas objetais do id, passa a se colocar em oposição a elas. Está formado para Freud o herdeiro do complexo de Édipo, que tem sua existência fundada na repressão dos desejos edípicos, e sua influência sentida tanto na consciência quanto no inconsciente.

As formulações iniciais de Freud sobre as fantasias e sentimentos edípicos datam de 1897, quando ele escreve para Fliess entusiasmado com sua descoberta (Lebovici, 1982). Entretanto, até hoje suas idéias estão em debate e alvo de controvérsias, em especial no que concerne à vivência edipiana na menina e no menino, bem como na concepção de uma evolução gradativa em direção à dissolução (Lebovici, 1982).

Da mesma forma que a origem do ego é tida como uma diferenciação a partir do id, o superego também surge em decorrência da diferenciação ocorrida a partir o ego. As experiências infantis com os pais fizeram emergir uma admiração e temor em relação ao que eles representavam. O ideal do ego (ou superego) representa, assim, as exigências mais elevadas, extraídas das experiências com os pais reais e que dão base para a censura moral e os valores humanos mais elevados. Esta representação dos pais, para Klein (1932a), foi explicada por Freud ora como tendo relação direta com os pais reais, ora como sendo influenciada pelos impulsos destrutivos do sujeito, explicações complementares. Apesar de

não receber muita atenção da comunidade psicanalítica, a segunda explicação se aproximou mais da noção kleiniana. A instância que resulta do processo de internalização das figuras parentais não representa exatamente os pais reais, mas o superego deles (construído pela criança a partir deles).

Uma tensão na relação entre o ego e o ideal do ego é o que explica para Freud (1923) o sentimento de culpa. Enquanto o primeiro representa o mundo externo e suas contingências, o segundo representa o mundo interno e suas exigências, uma espécie de mandatário do id. A parte do ego que se diferencia passa a vigiar a outra parte (Klein, 1958).

O desenvolvimento do superego segue caminhos diferentes no menino e na menina, para Freud (1925). No menino, devido à ameaça de castração presente durante a fase fálica, principal razão para o abandono dos desejos edípicos, o superego assume características mais rígidas e ferozes. Já na menina, esta instância psíquica teria características mais flexíveis e menos opressoras, pois a influência do complexo de castração estaria presente bem antes do período edípico (Roudinesco & Plon, 1998). Portanto, a menina não teria medo de perder um pênis que não possui, mas o amor do pai.

Ao ingressar na fase fálica, a menina passa a desejar receber um pênis da mãe. A percepção da existência de uma vagina está ausente e o complexo de castração ganha destaque quando a menina se dá conta de que não possui um pênis. Ao se aproximar do pai, a menina busca, a princípio, o pênis que não tem, e, depois, receber um filho do pai. Assim, enquanto no menino o complexo de castração o empurra para fora do complexo de Édipo, na menina é fator desencadeante dos desejos edípicos. Mesmo com estas diferenças em relação ao desenvolvimento do complexo de Édipo e à formação do superego tanto no menino quanto na menina, “o superego e o sentimento de culpa são seqüelas do complexo de Édipo”, em Freud (Klein, 1945, p.460).

Klein logo apresentou objeções às idéias de Freud sobre a formação do superego. A constatação da presença do sentimento de culpa em crianças bem pequenas motivou Klein a rever as contribuições de Freud.

Marcada por oscilações, a análise de Klein sobre a origem do superego passou por diversas reformulações. A princípio, ainda muito cuidadosa e preocupada em se manter próxima das acepções freudianas, ela antecipou o início da formação do superego para o final do primeiro ano de vida, acompanhando o complexo de Édipo, ao invés de em seguida a ele (Klein, 1928). A partir de 1935, consolida-se sua opinião de que a incorporação dos objetos bons e maus, que forma a base do superego, ocorre já na primeira experiência de relação de objeto, imediatamente após o nascimento.

Cintra e Figueiredo (2004) elaboraram a hipótese de que a leitura atenta do trabalho de Freud "Inibições, sintomas e angustia", juntamente com as contribuições de Ferenczi, quando se referiu a uma "moralidade esfincteriana" e as observações clínicas de Klein abriram caminho para uma nova compreensão sobre o complexo de Édipo. Com a antecipação do período edipiano, também se seguiu uma antecipação da formação do superego.

Lebovici (1982) sustenta que o interesse de Klein pelas fantasias pré-genitais experimentadas pelo bebê em suas relações de objeto precoces abriu caminho para uma formulação de um complexo de Édipo precoce, presente no segundo semestre de vida. A presença de intensas ansiedades persecutórias e depressivas antecederia a organização edípica genital. Concebido como a expressão de qualquer relação triangular, Lebovici (1982) explica que o complexo de Édipo kleiniano configura-se como uma situação que nunca é resolvida por completo. Descreve-se uma continuidade genética entre os estágios mais primitivos, em que prevalecem impulsos pré-genitais acompanhados de sentimentos de inveja, ódio e voracidade, e os mais avançados (genitais), que, fundidos, se fazem sentir por toda a vida e afetam a formação do caráter e das funções psicológicas.

As principais idéias de Klein sobre o desenvolvimento edipiano aparecem em seu trabalho de 1945, “O complexo de Édipo à luz das ansiedades arcaicas”. Além de apresentar suas últimas e definitivas concepções sobre o complexo de Édipo, Klein também expõe sem ressalvas, o que antes não acontecia, suas divergência com relação às idéias de Freud sobre o assunto.

A partir de uma localização no primeiro ano de vida, Klein descreve o complexo de Édipo como semelhante em ambos os sexos a princípio, e influenciado pela relação com o seio da mãe. Como o bebê busca incansavelmente uma gratificação ilimitada, este mesmo seio acaba se tornando um objeto frustrador, pois é impossível oferecer esta gratificação a todo instante. A gratificação oral, assim, precisa ser buscada em outro objeto, tanto pelo menino quanto pela menina: o pênis do pai. O desmame ajuda a dar início ao complexo de Édipo. Já existe um conhecimento inconsciente, em ambos, da existência tanto do pênis quanto da vagina.

As experiências de frustração e gratificação que eram experimentadas na relação com o seio da mãe, agora também estão presentes na relação com o pênis do pai. O momentâneo abandono do seio da mãe não livrou o bebê do conflito de amor e ódio, que se estende ao pênis do pai. A busca por um objeto ideal, segundo Klein, que o bebê possa amar e por quem possa ser amado, colore os estágios iniciais do complexo de Édipo, e inflige uma oscilação entre um Édipo positivo e um Édipo invertido. Tanto o pai quanto a mãe são amados e odiados. O desejo de possuir o objeto bom idealizado potencializa a introjeção e “as imagos do seio da mãe e do pênis do pai se estabelecem dentro do ego e formam o núcleo do superego” (Klein, 1945, p.453). Esta concepção foi modificada por Klein em 1948.

As figuras internas com as quais a criança interage de modo ambivalente afetam a relação com os pais reais, vítimas das projeções constantes que se sucedem às introjeções dos objetos externos. A interação entre introjeções e projeções tem seu efeito tanto sobre as

relação com os pais reais e imaginários, o que vale dizer sobre o curso do complexo de Édipo, quanto sobre o desenvolvimento do superego, já que o núcleo do mesmo é composto pelas imagos materna e paterna. “Desse modo, o curso tomado pelo complexo de Édipo e o desenvolvimento do superego estão intimamente interligados” (Klein, 1945, p.454).

O cenário sobre o qual se desenrola o complexo de Édipo é o da posição depressiva. A preocupação central não é com o ego, mas com os objetos amados, que sofreram com os ataques odiosos do bebê, durante a posição esquizo-paranóide, e que continuam a sofrer na posição depressiva, só que com menor freqüência e grau. A preocupação com a integridade destes objetos acompanha as fantasias edípicas e impulsiona o bebê a realizar reparações. Seus desejos libidinais são percebidos como perigosos e são reprimidos em nome da proteção dos objetos amados e da finalidade de manter juntos os pais. A culpa surge, portanto, não no final do complexo de Édipo, mas se encontra presente durante todo seu curso e afeta seu resultado.

Klein (1945) descreve de modo diverso o Édipo na menina e no menino. No menino, o complexo de castração é a principal situação de ansiedade, mas não é o fator principal na superação do complexo de Édipo. Dois fatores concorrem para que o sentimento de culpa leve ao abandono no menino dos desejos edípicos: as conseqüências dos desejos sádicos dirigidos ao pai, que poderiam provocar sua morte (preocupação com o pai); e o dano irreparável causado à mãe pela ausência do pai morto (preocupação com a mãe). A preocupação em preservar o pai como figura interna e externa leva também à diminuição da situação edípica. Já na menina, Klein assevera que a inveja do pênis e o complexo de castração têm papel relevante. Porém, a teoria inconsciente sustentada pela menina, de que a mãe possui no interior de seu corpo o pênis do pai, tão desejado por ela, é de importância central. “O desejo feminino de internalizar o pênis e receber um filho do pai sempre precede o desejo de possuir o seu próprio pênis” (Klein, 1945, p.463). A principal situação de ansiedade na menina,

conclui Klein, não é o medo de perder a mãe ou seu amor, apesar de presente, mas o receio de ter seu corpo atacado e seus objetos bons internos destruídos.

O ponto de vista kleiniano sobre a formação do superego, como se pode notar, não poderia ser apresentado sem abordar o desenvolvimento do complexo de Édipo, pois ambos se combinam e se completam. Mas há a necessidade de uma análise mais detalhada sobre a formação do superego, por seu papel central neste trabalho.

Um conjunto rico e denso de detalhadas explicações sobre a formação, as transformações e o papel do superego deu à obra de Melanie Klein uma originalidade ímpar. Pode-se supor que residem aí suas principais contribuições sobre o que pode ser chamado de modelo teórico aplicado à prevenção na infância. Entre as hipóteses lançadas neste trabalho, destaca-se a idéia de que podem ser extraídos conceitos importantes que dariam base a uma psicoprofilaxia, a partir de um novo olhar sobre os escritos de Klein sobre o assunto. A passagem do superego arcaico, mais primitivo e aterrorizante, para um superego integrado, mais tolerante e benevolente, aparece no modelo kleiniano como crucial para o estabelecimento da sanidade mental. Esta análise ficou reservada ao espaço destinado à discussão.

Nesta seção da revisão bibliográfica foram reunidos elementos capazes de esclarecer o ponto de vista de Klein sobre a origem e desenvolvimento do superego. Com exceção dos breves comentários anteriores, não se deu ênfase às mudanças no pensamento kleiniano sobre o tema, preferindo-se a análise direta dos aspectos que representam as últimas e definitivas concepções elaboradas por ela.

Apesar da formação do superego ser decorrente de um processo de internalização dos pais, não se pode dizer que esta nova estrutura seja idêntica aos pais reais. Não raro se observam crianças apresentarem comportamentos e atitudes que denotam um superego muito mais severo e exigente do que seus próprios pais. Esta constatação não invalida as acepções

kleinianas. Ao contrário lhe dão mais consistência, já que Klein não vê o homem como um ser passivo, formado simplesmente a partir da entrada de estímulos externos em seu psiquismo vazio. O desenvolvimento não é tomado como resultado da influência do ambiente sobre o sujeito, num processo de mão única e em decorrência de contingências externas.

A visão de homem que está em jogo aqui é a interacionista, ou seja, o encontro entre os impulsos instintivos e um ego incipiente de um lado, em um ambiente social de outro, cria impressões, sentimentos, fantasias e desejos que se alteram a cada nova configuração situacional, fazendo emergir uma subjetividade extremamente fugaz e dinâmica.

Neste sentido, não se pode conceber a formação do superego de outra maneira, senão como resultado de um processo de inúmeras e intensas interações entre o sujeito e seu meio social. Assim, o que é internalizado não é uma imagem fiel e estática de um objeto externo, mas um novo objeto, antes inexistente, resultado desta interação. O objeto que agora se encontra no mundo interno formou-se a partir da interpretação fantástica que a criança fez de sua experiência. As fantasias predominantes é que darão o colorido particular a estes objetos: se predominarem as fantasias da posição esquizo-paranóide, o superego ganhará características sádicas, rígidas e cruéis, mas sempre com elementos da realidade remanescentes; se estiverem em evidência as fantasias da posição depressiva, emerge um superego mais benevolente, flexível e tolerante.

As identificações arcaicas foram descritas por Klein como processos que se dão nos "estágios iniciais da formação do superego", período em que a oposição entre o ego e o superego ganha sua maior intensidade. Ela afirma:

> As ameaças do superego arcaico contra o id contêm em detalhe toda gama das fantasias sádicas que foram dirigidas ao objeto e que são agora devolvidas contra o ego, ponto por ponto (Klein, 1932c, p.161).

Neste processo incessante de interações entre o mundo interno e externo, o ego ainda frágil dos primeiros meses de vida sofre pela incapacidade de lidar com as inúmeras e severas exigências de um superego arcaico e aterrorizante (Klein, 1928).

As relações de objeto passam a ser encaradas sob um novo ponto de vista, já que este superego formado precocemente distorce e perturba as trocas objetais. A qualidade destas relações dependerá grandemente do destino do superego: quanto mais severo e punitivo maior é a distorção da realidade; quanto mais integrado e benevolente mais próximo é o contato com as características objetivas do objeto.

Fiel às idéias de Abraham, Klein subordina a diferença entre a neurose e a psicose a uma questão de grau, pois o psicótico experimenta maior quantidade de ansiedade do que o neurótico, justamente devido às pressões insuportáveis deste superego arcaico sobre o ego.

O processo de formação do superego tem seu início na primeira experiência de alimentação, quando o bebê introjeta diversos aspectos do seio, tanto bons quanto maus, e se estende por vários anos (Klein, 1952c). Os aspectos mais negativos do objeto, aumentados pela incapacidade do bebê para tolerar frustrações e pelos ataques sádicos, formam o núcleo deste superego arcaico. Esta idéia sustentada por Klein durante mais de 40 anos, qual seja, a de que o superego tem seu princípio amplamente influenciado pelas imagos aterrorizantes, parece ter sofrido uma digressão, segundo comentários da comissão editorial inglesa na nota explicativa do trabalho de Melanie Klein de 1958, “Sobre o desenvolvimento do funcionamento mental”.

Neste trabalho, o último publicado sobre o assunto, Klein apresenta idéias que parecem contradizer suas acepções anteriores sobre a formação do superego, na opinião da comissão editorial, em especial sobre a influência das figuras mais aterrorizantes e severas. Mas uma análise detalhada pode abrir espaço para outras conclusões.

O breve ensaio de Klein sobre o desenvolvimento mental apresenta oscilações que não permitem dizer que ela realmente se afasta de suas principais idéias sobre a formação do superego, senão que ela apresenta novas inquietações sobre aspectos obscuros no que diz respeito ao papel de objetos internos na formação do núcleo tanto do ego quanto do superego. Esta sim foi uma lacuna não esclarecida desde seus primeiros escritos.

Ao explicar as diferenças entre suas idéias e as de Freud no que concerne às concepções sobre a formação do superego, ela escreve: "... as primeiras introjeções do seio bom e do seio mau formam o alicerce do superego..."(Klein, 1958, p.273). Mais adiante, Klein detalha o processo através do qual o ego mantém o objeto bom internalizado dentro de si, fortificando-se pela identificação com ele, e projeta parte da pulsão de morte e de vida no superego. "Dessa maneira, o superego adquire qualidades tanto protetoras quanto ameaçadoras" (Klein, 1958, p.274). Até este ponto, o superego mantém sua característica ambivalente, resultante da internalização dos objetos bons e maus.

Quando apresenta uma fantasia infantil segundo a qual um seio idealizado onipresente cumpriria as tarefas de controlar os impulsos destrutivos do bebê, protegendo-o contra as ansiedades persecutórias e amparando o objeto bom, Klein diz ser esta a função do superego. "No entanto, assim que os impulsos destrutivos do bebê e sua ansiedade são despertados, o superego é sentido como rigoroso e despótico..." (Klein, 1958, p.274). Mesmo agregando qualidades mais benevolentes a este superego arcaico, continua presente a forte influência dos impulsos destrutivos em sua formação inicial.

Em outra passagem deste mesmo trabalho, Klein recorre novamente a sua experiência clínica no tratamento de crianças pequenas para mostrar como é freqüente a aparição de "um superego primitivo e selvagem" (Klein, 1958, p.275).

As inovações em seus argumentos aparecem de forma mais enfática ao explicar o destino das figuras aterrorizantes internalizadas pelo bebê:

> Estes objetos extremamente perigosos fazem surgir conflito e ansiedade dentro do ego no início da infância; mas sob a pressão da ansiedade aguda, eles e outras figuras aterrorizantes são excindidos de uma maneira diferente daquela pela qual o superego é formado, sendo relegados às camadas mais profundas do inconsciente (Klein, 1958, p.275).

A partir desta afirmação, Klein parece se afastar da idéia de que o superego é formado por estas figuras aterrorizantes em seus primórdios. Distingue duas formas de cisão, uma ligada aos estratos mais profundos do inconsciente, em que ocorre a defusão, e outra mais ligada à formação do superego, em que prevalece a fusão das pulsões de vida e de morte. "Portanto, o superego é normalmente estabelecido numa íntima relação com o ego e compartilha de aspectos diferentes do mesmo objeto bom" (Klein, 1958, p.275). Isto garante um relacionamento mais harmônico entre ego e superego, ao mesmo tempo em que provoca no ego uma repulsa pelas figuras extremamente más.

Klein não explica quais partes do objeto bom são identificadas com o ego e quais fazem parte do núcleo do superego. As funções do ego e do superego acabam por se aproximar numa integração que parece descrever as conseqüências da entrada na posição depressiva, afastando a influência das figuras aterrorizantes na formação do superego. Esta impressão é reforçada pela seguinte afirmação de Klein:

> Com bebezinhos no entanto – e eu suponho que isso seja mais forte quanto mais novo for o bebê -, as fronteiras entre figuras excindidas e aquelas menos aterrorizantes e mais toleráveis pelo ego são fluidas (Klein, 1958, p.275).

Nesta passagem, Klein mostra a dificuldade do pequeno infante em fazer diferenciações que livrem tanto o ego quanto o superego dos objetos internos mais violentos e aterrorizantes.

Com o desenvolvimento de seu raciocínio neste trabalho, Klein se encaminha para a idéia de que os objetos aterrorizantes estão nos extratos profundos do inconsciente.

Ao se referir à análise de crianças, Klein (1958, p.276) conclui: "... quando nós penetramos em camadas mais profundas do inconsciente descobrimos que figuras perigosas e persecutórias ainda coexistem com figuras idealizadas". Estas camadas mais profundas em que convivem objetos aterrorizantes e idealizados representam as mais primitivas partes da mente.

De forma mais evidente, quando explica os processos patológicos em esquizofrênicos, Klein aborda o aspecto mais destrutivo da mente e a dificuldade de separá-lo do superego:

> ... podemos ver mais claramente que, nestes, o superego se torna quase que indistinguível de seus impulsos destrutivos e de seus perseguidores internos. Herbert Rosenfeld (1952), em seu artigo sobre o superego do esquizofrênico, descreveu o papel que desempenha, na esquizofrenia, um superego tão esmagador (Klein, 1958, p.277).

Klein propõe a existência de um novo objeto, o objeto aterrorizante, que se forma a partir da desfusão, num momento de ascendência do instinto de morte. O superego, por sua vez, e é aqui que está a grande mudança em seu pensamento, é formado quando o instinto de vida predomina, agregando características mais benevolentes.

A análise mais detalhada desta provável digressão tornou-se necessária por estarem contidas aí questões relevantes para a condução desta pesquisa. Entre as hipóteses sustentadas neste trabalho, encontra-se a de que as explicações de Melanie Klein sobre as transformações no superego reúnem pontos suficientes para se sustentar a idéia de que pode-se extrair uma abordagem psicoprofilática do modelo kleiniano. A formação do superego é vista como um processo que, a princípio, sofre grande influência de objetos parciais, num cenário onde há prevalência de padrões pré-genitais sobre os genitais, estes últimos quase imperceptíveis. O resultado é um superego intolerante e distante da realidade objetiva em seus estágios iniciais.

Com a gradativa ascensão da organização genital, as imagos aproximam-se mais da realidade e o superego torna-se mais flexível e tolerante. Para Klein, esta evolução dependerá, além da qualidade das experiências do bebê com o mundo externo, da fixação no estágio oral de sugar e não de morder. Ou seja, a predominância da libido sobre a agressão determinará esta aproximação de uma realidade mais amistosa e tolerável (Klein, 1929b).

De volta ao tema de origem, a formação do superego, Klein parece ter atribuído particular importância para este processo e sua influência sobre o desenvolvimento do ego, como essencial para o desenvolvimento mental. De modo um pouco simplificado, pode-se inclusive asseverar que, enquanto Freud ocupava-se da análise da relação entre id e ego, já que o superego era uma instância tardia, para compreender os rumos do desenvolvimento mental, em seu famoso modelo econômico e biológico, Klein debruçou-se sobre as interações entre ego e superego, fenômeno presente já no início da vida. Reside aí, em especial, o diferencial que ajuda a denominar o modelo kleiniano do desenvolvimento inicial como mais psicológico e o freudiano como mais biológico.

Não que os processos biológicos tenham pouca importância para Klein. Na realidade, eles estão continuamente presentes. Porém, são imediatamente ligados a objetivos psicológicos, já que o aparelho mental apresenta uma sofisticação inicial suficiente para tanto, e os limites entre corpo e mente se encontram ausentes. Ao atestar a presença precoce do ego e do superego, Klein denuncia também a presença precoce de uma mente capaz de realizar processos altamente complexos.

Pode-se supor que o superego kleiniano representa uma espécie de evolução psicológica em relação às demandas do id. Assim, o ego incipiente e precoce estaria às voltas não apenas com os imperativos instintuais do id, mas principalmente com as imposições morais e ideacionais do superego.

Bianchedi (1984) acrescenta mais complexidade a estes processos mentais descritos por Klein quando salienta que "... para a escola kleiniana, ao lado do superego existem outros objetos internos, os 'cidadãos do mundo interno' que mantém uma variedade de relações e naturezas complexas entre si, com o ego e com o superego" (p.396).

Já no início da vida as tensões entre a pulsão de vida e de morte fazem-se sentir no ego como ansiedade, ativando nele, muito cedo, mecanismos de defesa para dominá-la. "A ansiedade primordial contra a qual o ego luta é a ameaça que surge da pulsão de morte", explica Klein (1958, p.271). O desempenho do ego nesta luta é determinado em boa parte por fatores constitucionais. Quanto mais pulsão de vida se encontra presente nesta "arena", maior é a capacidade de amar e, portanto, maior é a tolerância para lidar com a ansiedade decorrente da pulsão de morte. Somado ao fator constitucional, um fator externo de extrema relevância também é determinante para o bom desempenho do ego no controle da ansiedade: a maneira como a mãe lida com seu bebê (Klein, 1958).

O alvo das investidas sádicas do bebê, o interior do corpo da mãe, revela-se como um mundo fantástico dentro do qual se encontram os mais variados personagens. A maneira como se dará este investimento no corpo da mãe determinará em boa parte o sucesso da adaptação da criança à realidade objetiva.

A combinação dos fatores constitucional e externo concorrerá para a qualidade da internalização do objeto bom que formará o núcleo do ego. Esta mesma internalização, como foi dito antes, também contribui para a formação do superego.

O seio da mãe, em seus aspectos tanto bons quanto maus, representará o núcleo do superego, o qual se formará a partir da primeira experiência de alimentação do bebê e se estenderá por anos (Klein, 1952c).

1.4.5.5 A Teoria da Inveja

De todos os conceitos forjados por Klein, em seus estudos e pesquisas clínicas, talvez nenhum causou mais estranheza e controvérsia do que o conceito de inveja. Se Freud impressionou em especial pela sua genialidade, mas, principalmente, por ter acrescentado a sexualidade à equação que explica o funcionamento mental e o desenvolvimento da personalidade, Klein provocou igual reação por ter somado a tudo isto uma ênfase na agressividade humana, e em seus principais corolários: o ódio e a inveja.

A teoria da inveja representou um aprofundamento dos estudos já realizados sobre os efeitos da pulsão de morte sobre os processos psíquicos. Mais uma vez, Klein não hesitou em expor as particularidades dos impulsos destrutivos presentes na natureza humana. E, com igual habilidade, demonstrou o aspecto ambivalente e, ao mesmo tempo, sadio da condição humana ao revelar a antítese do impulso destrutivo: no início de seus trabalhos, o amor como antítese do ódio, e agora, em suas últimas contribuições, a gratidão como antítese da inveja. "A dialética entre inveja e gratidão deve ser vista como outra variação do tema da luta entre amor e ódio, que é o conflito nuclear na teoria kleiniana", afirma Stein (1990, p.503).

Simon (1986) acredita que a teoria da inveja representou uma espécie de revisitação da obra kleiniana, por ter modificado as concepções de posição esquizo-paranóide e depressiva, acrescentado novos elementos para a compreensão do Édipo precoce, e, finalmente, aumentado o entendimento sobre os estados confusionais e o tratamento de pacientes psicóticos.

Logo no início de seu último e conclusivo trabalho sobre o assunto, "Inveja e Gratidão", o qual serviu de base para o desenvolvimento desta seção, Klein (1957) reconhece as contribuições de Karl Abraham na compreensão das perturbações mentais a partir do

estudo dos impulsos destrutivos, e define a inveja como "uma expressão sádico-oral e sádico-anal de impulsos destrutivos, em atividade desde o começo da vida, e que tem base constitucional" (Klein, 1957, p. 207).

Cintra e Figueiredo (2004) apontam dois elementos que ajudam a entender a afirmação de Klein de que a inveja tem base constitucional. Segundo eles, o termo *base constitucional* não se relacionava a algum componente genético responsável pela expressão da inveja. Recorrendo a Abraham, eles explicam que a maior ou menor voracidade, enquanto tendência à fixação oral, é que predispõe o bebê a satisfazer-se ou não com a gratificação oral que recebe do seio. Quanto mais voraz é o bebê, maior a sua intolerância e frustração diante da espera, ainda que mínima. Está aberto o caminho para a manifestação da inveja, com os conseqüentes ataques violentos ao objeto que o frustrou. Desta feita, é a voracidade, devido à maior propensão para a oralidade, que é constitucional.

O segundo elemento apontado pelos autores para explicar a concepção kleiniana sobre a origem da inveja, diz respeito à "unidade pré-natal com a mãe". A experiência do nascimento inflige ao recém-nascido um forte desconforto em virtude do rompimento de um estado de satisfação plena em que o mesmo se encontrava em sua vida intra-uterina. A ansiedade persecutória despertada leva o ego a criar um objeto idealizado que traria de volta a unidade perdida. Cintra & Figueiredo (2004) apresentam, assim, o segundo argumento:

> Existe, na inveja, um componente libidinal, uma forte nostalgia por um estado pleno de satisfação que se teve e se perdeu, mesclada com ódio, ressentimento e a sensação de algo que tornou-se, para sempre, inalcançável (p.128).

Não é difícil concluir que a mãe nunca será capaz de resgatar este estado pleno de satisfação, o que predispõe qualquer bebê ao sentimento de inveja. "... em princípio, a própria

descontinuidade entre a vida intra e extra-uterina é o elemento 'constitucional' (ou, melhor dizendo, estrutural) que torna possível a inveja" (Cintra & Figueiredo, 2004,p.129).

Simon (1986) distingue nos escritos de Klein sobre a inveja uma definição genética, em que se destaca a expressão oral-sádica dos impulsos destrutivos, sua base constitucional e seu início no começo da vida; e uma definição fenomenológica, em que se revelam os aspectos descritivos: um sentimento raivoso e um impulso de tomar e estragar algo desejável que o outro possui e desfruta.

O desenvolvimento de um ego saudável, como resultado da internalização do bom objeto, é ameaçado pelos impulsos invejosos. O bebê, quando exposto a experiências de frustração, sente que foi privado de toda satisfação que antes experimentou, e que agora lhe é roubada e reservada unicamente para o prazer do objeto usurpador. Sente que a gratificação lhe foi roubada. A inveja representa um sentimento destrutivo imbuído de ódio, em virtude da constatação de que o outro possui e extrai prazer de algo muito desejado. A meta da inveja é antes atacar e estragar os atributos invejados, do que tomá-los para si. Tem suas bases nas relações arcaicas com o seio materno. "... o primeiro objeto a ser invejado é o seio nutridor", explica Klein (1957, p.214).

A autora assevera que existe na mente do bebê a fantasia de que o seio dispõe de recursos inesgotáveis. Assim, tanto nas vivências de um seio que satisfaz ou que frustra, a privação é sentida como maldosa e proposital. Movido pelo ódio, o qual foi provocado pelas experiências de frustração muito pouco toleradas, o bebê aumenta seus ataques ao seio, este percebido como malvado e tirano. Com a intensificação dos ataques, torna-se cada vez mais difícil para o pequeno infante introjetar o seio bom. Os impulsos destrutivos causam tanto dano ao objeto, que o bebê tem dificuldade em reconhecer suas qualidades boas. A busca desesperada por componentes benevolentes aguça a voracidade, tornando o sujeito invejoso insaciável.

Spillius (1983) lembra que a inveja é um grande obstáculo ao desenvolvimento por afetar os processos básicos de cisão, comprometendo posteriormente a diferenciação e a integração necessárias à elaboração da posição depressiva.

O fator constitucional, bastante referido por Klein para explicar a intensidade dos impulsos invejosos, também é levado em conta para mostrar a capacidade de amar que acompanha o bebê. Esta capacidade cria as bases para o estabelecimento de um objeto bom interno, o que fortalece o ego. O amor e a gratidão funcionam como antídotos contra a inveja e a voracidade, inevitáveis até certo ponto.

Os conceitos de inveja e gratidão ajudam a explicar toda sorte de relacionamentos humanos, bem como suas variações saudáveis e doentias. O estabelecimento de um vínculo afetivo saudável, para Klein, depende da capacidade do sujeito de reconhecer em si e no outro qualidades boas e desfrutá-las. A oferta e recepção destas qualidades vão determinar muito do sucesso do vínculo. Dito de outra forma, caso sejam reconhecidos em si mesmo aspectos bons (graças a internalização do objeto bom), pode-se tolerar os aspectos bons no outro. A generosidade vai representar a oferta do que se detém de bom, e a gratidão significará o reconhecimento do que existe de bom no outro e foi recebido pelo sujeito. Nas palavras de Klein (1957):

> Um dos principais derivados da capacidade de amar é o sentimento de gratidão. A gratidão é essencial à construção da relação com o objeto bom e é também o fundamento da apreciação do que há de bom nos outros e em si mesmo (p. 219).

Uma combinação entre fatores externos e internos pode contribuir para o desenvolvimento da gratidão ou a potencialização da inveja. A capacidade de amar, inata para Klein, interage com as condições ambientais às quais o bebê é exposto. Caso acumulem-se experiências em que o bebê sente ter sido satisfeito e acolhido em suas necessidades,

fortalece-se a impressão de estar sendo cuidado por um objeto benevolente e em quem pode confiar, criando as bases para a gratidão. Nos casos em que a capacidade de amar se encontra reduzida, fator constitucional, o bebê não consegue aproveitar as experiências satisfatórias, desconfiando da benevolência do objeto. A cada nova frustração, por menor que seja, desencadeia reações explosivas de ódio e inveja e danifica os conteúdos do objeto.

Durante a posição esquizo-paranóide, cenário sob o qual surge tanto a inveja quanto a gratidão, o ego se utiliza dos expedientes defensivos de que dispõe nesta época. A cisão e a idealização são ativadas para proteger o objeto bom do objeto mau e livrar o primeiro dos ataques sádicos do bebê. Quanto maior a persecutoriedade, maior a necessidade de separar o bom objeto do objeto mau (cisão), a fim de proteger o primeiro. A idealização do objeto nutridor cria uma força extra para combater o objeto mau. Preso a um círculo vicioso, o bebê passa a invejar justamente o seio que idealizou, pois atribui a ele qualidades fantásticas e inesgotáveis. A inveja, portanto, tem como alvo não a mãe boa real, mas sim aquela criada em fantasia e que possui toda a bondade (Carstairs, 1992).

Ponto de vista discordante do exposto acima, na opinião de Ryad Simon (comunicação oral), a experiência clínica tem demonstrado que é justamente "quando o terapeuta é visto como objeto real, capaz de realizar tarefas difíceis, agüentar a hostilidade sem se desequilibrar, usufruindo da relação com o paciente, é que a inveja é mais fortemente sentida.

Nos casos em que a capacidade de amar esta preservada, a cisão e a idealização são menos intensas, contribuindo para uma relação mais realista e integrada com o mundo externo e consigo mesmo.

A passagem para a posição depressiva, decisiva para o estabelecimento de uma personalidade saudável, é vivenciada com bastante culpa pela criança que é tomada pela inveja. Os ataques invejosos são sentidos como causadores de grande dano ao seio bom,

criando no ego intensos sentimentos de culpa, tendo como conseqüência quadros depressivos acompanhados de defesas maníacas, ou mesmo regressões a estados esquizóides.

A partir do conceito de inveja, Klein retoma boa parte de seus outros conceitos e os analisa à luz da presença deste derivado da pulsão de morte. O próprio sentimento de culpa, desencadeado segundo Klein (1957, p.226), pelos ataques dirigidos ao seio, agora se acha ligado "à inveja do seio nutridor e ao sentimento de haver estragado sua 'bondade' por meio de ataques invejosos".

A relação com a mãe é acompanhada de sentimentos de posse e de exclusividade. O objeto que acolhe e alimenta encontra-se para o bebê como irremediavelmente seu e obrigado a se colocar em permanente disponibilidade. Como esta condição é impossível de ser alcançada, como dito anteriormente, surgem os inevitáveis momentos de frustração, seguidos dos ataques de ódio e inveja. Enquanto a relação restringe-se ao bebê e sua mãe, percebida em partes, a luta é pela retomada do estado constante de satisfação e plenitude. A partir da entrada do terceiro na relação, quando o bebê já é capaz de perceber o objeto de forma integrada, o ciúme, derivado da inveja, soma-se ao complexo de sentimentos que acompanham o bebê. A figura combinada, imagem criada pelo bebê, na fantasia, que representa os pais unidos em um só ente, e usufruindo do prazer desta união poderosa, o faz sentir-se ainda mais abandonado e excluído.

Klein (1957, p.229) lembra que "o ciúme é inerente à situação edipiana e é acompanhado de ódio e desejos de morte". E completa: "Se a inveja não é excessiva, o ciúme na situação edipiana torna-se um meio de elaborá-la" (Klein, 1957, p.230). O uso do ciúme para elaborar a inveja, como demonstram Cintra e Figueiredo (2004), auxilia o bebê a sair de seu "aprisionamento narcísico" em que se encerrava, na relação dual com a mãe, para um universo mais amplo onde há espaço para outros objetos e para vínculos menos possessivos e dependentes.

Todo objeto capaz de oferecer prazer e preservar a vida passa a ser alvo da inveja. A inveja primária, dirigida inicialmente ao seio enquanto fonte de vida, ataca também o pênis, durante o complexo de Édipo. Tanto um quanto o outro é odiado enquanto fonte de prazer e de vida.

Como se pode notar, a presença da inveja, e sua intensidade, passa a ser determinante para a elaboração das posições e para o desenvolvimento satisfatório. A saúde mental e a felicidade dependem deste interjogo: "A inveja é uma fonte de grande infelicidade, e estar relativamente livre dela é sentido como um estado de espírito de contentamento e de paz – em última análise, sanidade" (Klein, 1957, p.235).

As palavras de Klein (1957), já no final de sua carreira, dão claramente a noção de uma saúde mental que só seria viável sem a presença predominante do sentimento invejoso.

2 Material e Método

Nesta seção são explicitados os procedimentos metodológicos adotados na pesquisa e a forma como foi tratado o material colhido.

2.1 Delineamento da Pesquisa

Tendo em vista que a proposta do presente trabalho foi a realização de um exame e organização de diversas idéias da teoria kleiniana sobre o desenvolvimento psicológico infantil e sua interface com uma abordagem preventiva, sua viabilização se deu a partir de pesquisa teórica de livros, artigos científicos, e outras fontes de informação relacionadas às obras completas de Melanie Klein e aos escritos dos pós-kleinianos.

2.2 Operacionalização

A revisitação da teoria kleiniana se deu a partir de roteiro que respeitou finalidades estabelecidas na apresentação deste trabalho.

Partindo-se do pressuposto de que um modelo teórico é adequado para a realização de intervenção preventiva na infância, caso permita prever futuros transtornos a partir da análise do comportamento presente; e ainda contenha em seu bojo noções de saúde mental e elementos capazes de possibilitar a apresentação de condições favoráveis para um desenvolvimento ótimo, a busca por fontes bibliográficas priorizou tais aspectos e respeitou os limites cronológicos definidos. Privilegiou assim, aspectos dos escritos kleinianos e pós-

kleinianos que destacaram elementos e permitiram depreender uma noção de prevenção coerente com a teoria kleiniana.

Impôs-se, desta forma, a necessidade de definir, na ótica do modelo kleiniano, uma concepção de saúde mental. Assim, foram sendo delineadas com clareza as bases sobre as quais este trabalho se debruçou, em direção a uma possível noção de prevenção na psicanálise kleiniana.

A fim de tornar o campo de investigação mais explícito e detalhado, com suas implicações teórico-conceituais mais claras, procedeu-se à análise do material teórico contemplando-se as principais categorias conceituais da teoria kleiniana e enfatizando vértices que marcassem o encontro com as noções de prevenção e saúde mental.

Para tanto, além da busca por elementos que definissem a concepção kleiniana de saúde mental, buscou-se a reunião de material teórico que relacionasse os conceitos de "fatores de risco" e "fatores protetivos" com o modelo kleiniano, capaz de subsidiar intervenções preventivas universais, seletivas e indicadas, tais como são definidas pelo Committee on Prevention of Mental Disorders (Mrazek e Haggerty, 1994; Kenneth, 1996). Assim, foram considerados "fatores de risco", características, variáveis ou perigos que, caso estivessem presentes num dado indivíduo ou ambiente, aumentariam a probabilidade da ocorrência de um transtorno mental. Já os "fatores protetivos", envolveriam aspectos que melhorassem ou modificassem a reação de uma pessoa diante de um perigo ambiental que poderia conduzir a um resultado pouco ou pouquíssimo adequado. Estes fatores, tanto os protetivos quanto os de risco, segundo Munoz (1996), poderiam ter origem biológica ou psicossocial, bem como estar presentes em indivíduos, famílias, comunidades ou instituições.

A investigação científica esteve circunscrita à exploração teórica da obra de Melanie Klein, e seu escopo restrito a idade de 0 a 6 anos.

3 Discussão

A revisitação da teoria kleiniana, com vistas à reunião de material teórico que subsidiasse a formulação de noções de prevenção em saúde mental na infância, perseguiu as possibilidades de significações que podem ser extraídas do arcabouço conceitual da obra.

Sabe-se que o conjunto dos conceitos construídos por Melanie Klein resultou principalmente de observações do comportamento infantil e da experiência clínica no atendimento a crianças neuróticas e psicóticas. A revisitação de idéias forjadas num setting bastante específico, por meio de uma pesquisa teórica, e a tentativa de aplicação dos resultados desta empreitada a espaços mais amplos do que a clínica (o que Laplanche chamou de aplicação extra-muros), impôs a realização de certas tarefas.

A primeira destas tarefas diz respeito à releitura dos conceitos. Esta tarefa não guarda a intenção de traduzir os conceitos, ou retomar seu sentido literal e original, o que já foi feito na revisão da literatura, mas construir um discurso que possibilite a emergência de outros sentidos, além dos que já são conhecidos (Garcia-Roza, 1994).

Evidentemente, esta abordagem da teoria deve respeitar a especificidade do conceito. Como aconselha Garcia-Roza:

> Não se pode tirar desse conceito a sua singularidade e transformá-lo numa entidade abstrata, que possa ser deslocada de tempo, de lugar, que possa ter um valor de troca ou um valor de moeda, como se ele não tivesse a sua especificidade, a sua irredutibilidade, a sua singularidade, portanto a sua história (p.19).

Entretanto, como toda releitura ou construção conceitual, não é possível esgotar todos os sentidos possíveis de se abstrair, como também é inviável circunscrever de maneira globalizante o fenômeno que se pretende descrever ou explicar.

Consideradas estas ressalvas, a releitura parte do pressuposto de que a teoria encontra-se em estado de transformação constante, algo dinâmico, vivo, uma teoria "aberta", por acompanhar a evolução da experiência e por conter insuficiências que exigem reformulações. Uma maior compreensão da realidade leva a um diálogo entre os conceitos existentes e os fatos que se apresentam. É obvio que tais qualidades não podem ser atribuídas a todas as teorias já construídas, mas apenas àquelas com potencial para tanto. Cabe salientar que idéias tais como as formuladas por Melanie Klein, a respeito de fenômenos tão complexos e intensos, certamente guardam esta qualidade dinâmica e viva.

A segunda tarefa a ser vencida diz respeito à construção de formulações generalizáveis. Esta releitura tem como cenário a psicanálise, que além de ser uma proposta de tratamento de transtornos mentais, é uma teoria que encerra em si mesma uma visão de homem. E, como toda visão de homem, e de natureza humana, comporta generalizações e aplicações que extrapolam os limites do consultório e do paciente. Como salienta Mezan (1998), a psicanálise desenvolveu um instrumento terapêutico e uma concepção do funcionamento mental do homem em geral.

A partir deste ponto de vista, a formulação de uma noção de prevenção em saúde mental na infância, de inspiração kleiniana, traz implícita uma conseqüente possibilidade de expansão de seu alcance a populações inteiras, em especial quando se trata de prevenção primária. O psiquismo humano encerra particularidades, que tornam cada pessoa um ser singular, mas o terreno sobre o qual se configura esta singularidade, com todas as variações dos processos de subjetivação, é regulado por processos universais e relativamente regulares, pelo menos do ponto de vista da psicanálise.

As peculiaridades do acontecer psíquico, sua singularidade, não estão em risco aqui. Não se pretende reduzir o funcionamento mental a um conjunto de regras universais e normatizadoras. O campo psicanalítico não comporta isto. O que se busca é a formulação de

concepções que podem ser generalizadas sem desconsiderar o que é subjetivo, mas conciliar com o que é psicológico e objetivo. Psicológico porque diz respeito a uma lógica de funcionamento psíquico; objetivo porque se considera uma "causalidade genérica" (Mezan, 1998) no psíquico. Não considerar o que há de comum nos processos psíquicos é quase sepultar toda a psicologia e a psicanálise. Seguindo as recomendações de Mezan (1998), a pesquisa em psicanálise deve evidenciar os planos da especificidade e o da generalidade.

Klein (1959), num pós-escrito do texto "Nosso mundo adulto e suas raízes na infância", faz uma defesa explícita da existência de uma base geral para o desenvolvimento do caráter, independentemente das diferenças culturais, ao refutar críticas de um antropólogo às suas idéias.

Já foram discutidas aqui as implicações de tal expansão, e as opiniões tanto contrárias quanto a favor. Entretanto, parece inevitável a presença deste aspecto generalizante nas formulações que resultaram desta releitura, ainda mais se considerados os propósitos de uma produção científica, e até mesmo os anseios do próprio Freud.

Uma terceira tarefa, que complementa as anteriores, refere-se a articulação dos conceitos entre si dentro da teoria kleiniana, o que pode ser nomeado aqui como *articulação interna*, e a articulação da teoria kleiniana com outros saberes, externos à psicanálise, o que poderia ser denominado como *articulação externa*. Retomando Garcia-Roza (1994), ao se referir à "inter-textualidade":

> ... a articulação da teoria psicanalítica, do saber psicanalítico, com esses outros saberes é a de um encontro, que pode provocar certas questões no interior da problemática psicanalítica, mas não no sentido de se importar conceitos e princípios de outras teorias para a psicanálise (p.30).

Esta articulação externa (ou "inter-textualidade") representa uma disposição para o encontro, para o diálogo do familiar com o estranho. Uma intercomunicação entre os

conceitos gestados no terreno psicanalítico e os formulados com base em outras áreas das ciências humanas, com amplas possibilidades de favorecimento mútuo. O contato da psicanálise kleiniana com o tema da prevenção em saúde mental na infância faz surgir "certas questões no interior da problemática psicanalítica": questões sobre a generalidade, a normalidade, a previsibilidade, entre outras, além de questões éticas, políticas e ideológicas.

De forma resumida, após abordar estas três grandes tarefas, pode-se dizer que: o problema da prevenção em saúde mental na infância, que é aqui o problema de pesquisa fundamental, ao ser aplicado à teoria kleiniana (diferente de Garcia-Roza, não acredito ser possível fazer uma releitura deste tipo sem impor um problema ao texto), encerra a necessidade de releitura dos conceitos, com vistas à formulação de novos sentidos, formulação esta de caráter generalizável, e em complemento, articulada com outros conceitos de outras áreas do saber dentro das ciências que estudam o homem e sua relação com seu meio.

O ponto de partida desta releitura, sem perder de vista as tarefas colocadas acima, seguiu o caminho da busca por uma noção de saúde mental que pudesse ser formulada com base no modelo kleiniano. Em seguida, a partir das conclusões extraídas deste primeiro passo, foi feita uma análise da modalidade ou modalidades possíveis de prevenção que se compatibilizassem com este referencial teórico. Finalmente, os fatores protetivos e de risco foram abordados, numa tentativa de explicitação e detalhamento das formas de prevenção propostas.

3.1 Conceitos de Saúde Mental

Que noção de saúde mental pode ser construída a partir da releitura da teoria kleiniana? Qual relação entre normal e patológico pode ser feita? Qual articulação teórica interna e externa ajuda a resolver estes problemas? Que concepções gerais podem ser formuladas? Estas perguntas representam o caminho que foi traçado para o desenvolvimento desta seção.

Melanie Klein apresentou algumas idéias a este respeito em diversas passagens de sua obra, e de modo mais explícito em um de seus últimos escritos, o que denota uma preocupação freqüente da autora com a problemática da saúde mental até o final de sua vida. Em "Sobre a saúde mental", Klein (1960) oferece descrições detalhadas e conceitos bem definidos sobre a saúde mental. No início deste trabalho, ela já apresenta uma definição:

> Uma personalidade bem integrada é a base da saúde mental. Começarei enumerando alguns elementos de uma personalidade bem integrada: maturidade emocional, força de caráter, capacidade de lidar com emoções conflitantes, equilíbrio entre a vida interna e a adaptação à realidade e uma bem-sucedida fusão das diferentes partes da personalidade em um todo (p.306).

De partida, pode-se notar que Klein apresenta uma definição abrangente e que permite uma ampla discussão. Porém, observam-se algumas acepções comuns. Os termos "personalidade integrada" e "fusão de diferentes partes" parecem se referir à mesma qualidade da mente de realizar um importante processo de integração de parcelas inicialmente difusas e incompatíveis. De certo, está em questão a passagem da posição esquizo-paranóide para a posição depressiva, e todas as implicações de um processo de reconhecimento de partes negligenciadas ou repudiadas e sua inclusão no todo da personalidade. É evidente a

vinculação do alcance da saúde mental à passagem para a posição depressiva, a qual confere à personalidade seu caráter integrador:

> A posição depressiva infantil ocupa um lugar central no desenvolvimento da criança. O desenvolvimento normal da criança e sua capacidade de amar parecem depender em grande parte da maneira como o ego passa por essa posição crucial (Klein, 1935, p.329).

Já as expressões "maturidade emocional" e "capacidade de lidar com emoções conflitantes" apontam para o que foi denominado, neste trabalho, de competência sócio-emocional. A profusão e variação de emoções sentidas pelo sujeito recebem um tratamento que possibilita compreensão interna, ou seja, reconhecimento e compreensão das próprias emoções, bem como habilidade para compreender e responder aos sentimentos alheios.

Finalmente, a frase "o equilíbrio entre a vida interna e a adaptação à realidade" traz à tona a capacidade do sujeito de suportar e enfrentar adequadamente as frustrações da realidade, o que se aproxima da noção de resiliência.

Assim, os conceitos de integração, competência sócio-emocional e resiliência parecem centrais na compreensão de uma noção de saúde mental de inspiração kleiniana. Esta análise mereceu maior detalhamento, o que ficou reservado para outra parte deste trabalho.

A hipótese sustentada aqui é de que a saúde mental representa uma competência para suportar frustrações e para lidar com as emoções próprias e alheias, bem como uma disposição para fazer reparações e estabelecer vínculos afetivos; e que a mesma é um estado fluido, alcançado a partir de transformações ocorridas no desenvolvimento do superego e da habilidade do ego para dominar as interações entre mundo interno e mundo externo.

Os argumentos que ajudam a testar esta hipótese podem ser expostos a partir da análise de um vasto material teórico escrito por Klein.

Em diversas passagens de seus escritos, Klein faz referências a comportamentos normais e patológicos, a possibilidades de desenvolvimento saudável, de equilíbrio mental e de desenvolvimento favorável. Apesar de algumas de suas concepções fundamentais sofrerem reformulações no decorrer de sua obra, é possível, com base na evolução do seu pensamento, identificar idéias essenciais para a formulação de uma noção de saúde mental.

3.1.1 Uma Questão Também Quantitativa

Em "Amor, culpa e reparação", livro que reúne trabalhos de 1921 a 1945(Klein 1996), podem ser encontradas afirmações que fornecem elementos importantes sobre saúde mental. A idéia de que o indivíduo saudável distingue-se do doente por uma questão de grau expressa a noção de que processos psíquicos semelhantes estão presentes no desenvolvimento saudável tanto quanto no patológico. Em termos qualitativos, a distinção não seria tão marcante, porque é a quantidade de certos impulsos e mecanismos que determinaria o equilíbrio mental.

Em "A análise de crianças pequenas", influenciada por uma visão econômica de funcionamento psíquico, Klein (1923a) postula uma série complementar que colocaria de um lado os sintomas, e de outro a sublimação bem-sucedida. As fantasias carregadas de impulsos libidinais ou agressivos que se encaminham para a sublimação, podem sofrer uma repressão acentuada contribuindo para a formação de sintomas. Caso a repressão tenha uma intensidade menor, pode ocorrer uma sublimação bem-sucedida, e pequenas quantidades de libido são descarregadas em forma de ansiedade. Neste postulado, são as quantidades tanto de impulsos instintivos quanto de repressão, que determinam se o sujeito alcançará um estado mental saudável. A partir de 1935, com a organização de uma teoria com um caráter mais estrutural,

Klein acrescenta outros elementos importantes envolvidos na busca pela saúde mental, além do aspecto econômico, como o equilíbrio dinâmico entre id, ego e superego, e a adequação ao meio social. Porém, a relevância das quantidades de pulsão de vida e morte, com seus conseqüentes desdobramentos sobre o funcionamento psíquico, nunca perderam importância.

Além da repressão, Klein (1927b) cita o grau com que a criança usa o mecanismo da fuga da realidade para fazer a diferenciação entre o normal e o patológico:

> Há ainda outros mecanismos que são empregados tanto pelas crianças normais quanto pelas neuróticas, e mais uma vez é a questão do grau que determina a diferença entre as duas: um deles é a fuga da realidade (p.208).

Ao invés de se esforçar para adaptar suas fantasias à realidade, a criança, por meio do mecanismo de fuga descrito acima, busca adaptar a realidade às suas fantasias. Esta é uma das razões pela qual não é tarefa simples para um observador distinguir uma criança que sofre com as frustrações impostas pelo seu ambiente, de outra que lida satisfatoriamente com elas.

A adaptação à realidade depende, em grande escala, da "maior ou menor capacidade [uma questão quantitativa] de tolerar aquelas frustrações que surgem da situação edipiana" (Klein, 1932a, p.31).

Outro mecanismo que tem sua quantidade como aspecto determinante para o desenvolvimento mental saudável é a cisão. O excesso da cisão compromete a integração do ego, perturba a relação com a mãe e pode prejudicar o desenvolvimento intelectual. "Se os processos de cisão não são excessivos, o consciente e o inconsciente permanecem permeáveis um ao outro" (Klein, 1957, p.278). E esta permeabilidade garante tanto o caráter integrador, primariamente, quanto a competência sócio-emocional, secundariamente. É que o excesso de cisão complica as tentativas do ego de integrar as partes boas e más da personalidade, levando a criança a ter severas dificuldades para reconhecer e perceber estas partes como integrantes

de um todo. Em conseqüência, aumenta a intolerância às emoções consideradas inaceitáveis tanto no sujeito quanto no outro.

Da mesma forma, o impulso epistemofílico, essencial para o desenvolvimento da curiosidade e da capacidade para aprender, também tem seus efeitos positivos ou negativos sobre o desenvolvimento mental dependendo da quantidade de sadismo em jogo (Klein, 1928). A criança precisa acreditar que seu sadismo não danificou irreversivelmente o interior do corpo da mãe. Este último representa no inconsciente tudo aquilo que é desejado. Portanto, a obtenção do "alimento para a mente" depende da quantidade do sadismo usado nas investidas sobre o interior do corpo da mãe (Klein, 1931). O ápice do sadismo se dá na posição esquizo-paranóide, e diminui com a integração dos dois instintos, na posição depressiva (Klein, 1935, 1946). Influenciada pelas idéias de Abraham, sobre o desenvolvimento da libido, Klein atribui grande importância ao papel do sadismo no desenvolvimento mental.

Ao se referir à esquizofrenia, Klein (1930) lembra que "É muito difícil detectar traços típicos dessa doença na criança, pois em menor intensidade eles são aspectos naturais do desenvolvimento das crianças normais" (p.262). Sintomas comuns em esquizofrênicos, como afastamento da realidade, a falta de vínculos afetivos, a fala sem sentido e a dissociação, recebem pouca atenção quando aparecem na criança.

De modo geral, a quantidade de amor e ódio, derivados das pulsões de vida e morte, respectivamente, tem grande influência sobre o destino do desenvolvimento mental. A predominância de um ou de outro confere qualidades bastante diversas às relações afetivas, às fantasias predominantes, às características dos objetos internos, à percepção das realidades interna e externa, entre outras conseqüências. Como ressalta Klein (1937):

> ... a *quantidade*[o grifo é da autora] de impulsos agressivos, medo e sentimento de culpa(que surgem em parte por motivos internos)

> exerce uma influência importante sobre a atitude mental predominante que desenvolvemos (p.381).

Num texto detalhado e explicativo, "Neurose em crianças", Klein (1932) aborda o problema da distinção entre a criança "normal" e "neurótica", em que afirma: "... toda criança passa por uma neurose, que só difere em grau de um indivíduo para outro" (p.121). São oferecidas inúmeras descrições de comportamentos que podem apontar para uma neurose mais severa, em seus primórdios. Ainda assim, é recorrente no discurso de Klein, a referência a aspectos quantitativos na fronteira entre a saúde e a doença:

> O que diferencia verdadeiramente a criança menos neurótica da mais neurótica é acima de tudo, além da questão das diferenças quantitativas, a maneira pela qual ela administra suas dificuldades (Klein, 1932, p. 122).

Estas diferenças quantitativas, juntamente com a capacidade da criança de lidar com as adversidades da realidade, aparecem como essenciais para identificar uma personalidade saudável.

Em outro trabalho de 1932, Klein mantém a ênfase sobre o fator quantitativo, ao ressaltar: "Como sabemos, o homem normal não difere do neurótico em fatores estruturais e sim em fatores quantitativos" (p.162). Mais tarde, estas idéias ganharam novos contornos com a teoria das posições.

A presença dos sentimentos de amor e ódio, aspecto constante nas relações de objeto, sofre variações de acordo com quantidades de ansiedade envolvida. A capacidade para amar, inata para Klein (1952b), "... que se revela em uma primeira relação de objeto só pode desenvolver-se livremente porque a ansiedade não é excessiva" (p.122). A observação de bebês deu a Klein elementos para concluir que quantidades excessivas de ansiedade, como também de voracidade, podem comprometer o desenvolvimento de uma personalidade

saudável. Após discorrer sobre a observação de bebês, Klein (1952b) apresenta algumas conclusões que reforçam a importância do aspecto quantitativo:

> A capacidade inata do ego de tolerar ansiedade pode depender de uma maior ou menor coesão do ego no nascimento; isso por sua vez propicia uma maior ou menor atividade dos mecanismos esquizóides e, correspondentemente, uma maior ou menor capacidade de integração (p.142).

Mesmo no final de seu percurso intelectual, em um texto publicado postumamente, permanece a crença sobre a importância da quantidade de ansiedade presente: "Essas ansiedades [paranóide e depressiva] existem, num certo grau, em todo indivíduo, mas são excessivamente fortes na doença" (Klein, 1963, p.341).

Da mesma forma, perturbações ligadas à alimentação, ao sono, bem como a inquietação e a irritabilidade, são ocorrências naturais da infância, caso não se tornem excessivas (Klein, 1952b).

O sentimento de inveja, central na obra kleiniana, também não escapa ao aspecto quantitativo para definir seu papel no desenvolvimento mental: "Se a inveja é excessiva, indica, em minha concepção, que traços paranóides e esquizóides são anormalmente intensos e que tal bebê pode ser considerado como doente" (Klein, 1957, p.214). Por outro lado, se quantidades menores de inveja estão em jogo, o ciúme torna-se um meio adequado para a elaboração do complexo de Édipo, preservando o objeto e mobilizando muito menos culpa na criança. A presença e a quantidade de inveja são encaradas por Klein como fatores determinantes para o alcance da saúde mental. "A inveja é uma fonte de grande infelicidade, e estar relativamente livre dela é sentido como um estado de espírito de contentamento e de paz – em última análise, sanidade" (Klein, 1957, p.235).

Apesar da ênfase no aspecto quantitativo ter recebido mais atenção na fase do percurso intelectual da autora em que o ponto de vista econômico de Freud era assumido com mais

entusiasmo, a questão não perdeu importância, e mesmo no final da vida, no último artigo escrito por Klein (1960) "Sobre a saúde mental", ela afirma: "Essas ansiedades, de natureza tanto persecutória quanto depressiva, são, quando excessivas, a base para a doença mental" (p.308). Note-se que o fator diferencial não é o qualitativo (ansiedades de natureza persecutória ou depressiva), mas quantitativo ("quando excessivas").

3.1.2 Um Estado Fluido

A breve discussão feita a respeito do aspecto quantitativo da saúde mental na obra kleiniana traz uma implicação natural: a noção de saúde mental não reconhece a idéia de saúde como ausência de doença. São fartas as passagens na obra de Klein que enfatizam a idéia de que uma mente saudável não está livre de processos patológicos nem núcleos psicóticos.

Enquanto discorria sobre a esquizofrenia na infância, Klein (1930a) afirmou: "Ainda mais comum do que a psicose nas crianças é a presença de traços psicóticos que, em circunstâncias desfavoráveis, podem levar à doença num estágio posterior" (p.263). É marcante no pensar da autora, logo no início do seu percurso teórico, a crença de que mecanismos potencialmente patológicos se encontram presentes no início da vida e permanecem latentes durante o desenvolvimento mental, sendo possível sua emergência em condições desfavoráveis. No mesmo ano, em outro trabalho (Klein, 1930c) ainda sobre a esquizofrenia, a autora explica que "... é mais difícil detectar traços típicos dessa doença na criança, pois em menor intensidade eles são aspectos naturais do desenvolvimento das crianças" (p.267). Esta passagem, além de oferecer mais argumentos sobre o aspecto

quantitativo na caracterização da saúde mental, reforça a fluidez do estado saudável. Saúde e doença compartilham de uma proximidade em que a existência de uma não impossibilita a permanência em estado latente da outra. "Isso quer dizer que todos nós podemos ser influenciados por fatores irracionais, mas que, na vida normal, não somos dominados por eles", ensina Klein (1959, p.292).

A consolidação do conceito de posição (Klein, 1935), em lugar do conceito freudiano de fase, acrescentou maior consistência à idéia da existência de flutuações entre saúde e doença no desenvolvimento mental saudável, porém com a segunda subordinada a primeira. O desenvolvimento como resultado de um processo progressivo que afasta cada vez mais o sujeito de organizações psicológicas arcaicas e potencialmente patológicas, através da sucessão de fases, não é mais admitido. A mobilidade posicional (Bianchedi, 1983) inaugura uma visão de dinâmica psíquica marcada por oscilações e conflitos, numa relação dialética entre as pulsões de vida e de morte. Assim, o resultado do desenvolvimento não é a eliminação ou afastamento dos núcleos psicóticos, mas o aumento do controle sobre eles através de um processo de integração, graças à consolidação de uma organização psicológica fundada na pulsão de vida. Sobre a descrição de saúde mental dada por ela num artigo sobre o tema, Klein (1960) afirma: "... ela se baseia num interjogo entre as fontes fundamentais da vida mental – os impulsos de amor e ódio -, interjogo no qual a capacidade de amor é predominante" (p.309). Ela completa sua argumentação lembrando que a boa relação com a mãe ajuda a concretizar esta predominância.

A noção de posição representa o reconhecimento de Klein de que a saúde mental é muito mais do que ausência de doença. É a inevitável convivência conflituosa com aquilo que é pouco ou nada tolerável em nós (e no outro). O aspecto integrador do conceito de saúde mental de Klein volta à tona e se concilia facilmente com o conceito de posição. A integração é encarada como indispensável para a saúde mental: "Um elemento importante na saúde

mental de que não tratei até o momento é a integração, que encontra sua expressão na fusão das diferentes partes do *self*" (Klein, 1960, p.312).

A passagem da posição esquizo-paranóide para a posição depressiva não representa uma superação, mas sim integração. O desenvolvimento emocional não caminha no sentido da eliminação gradativa, ou da substituição automática por uma estrutura mais "saudável". O que evolui é a capacidade de tolerância e integração de parte do que antes era impossível reconhecer ou aceitar. O ego realiza uma síntese em busca do equilíbrio entre o superego, o id e a realidade. É claro que este processo é facilitado pela mitigação da pulsão de morte com a predominância dos impulsos amorosos, que resultam da interação com um ambiente que favorece a introjeção de um objeto bom capaz de lidar com as ameaças internas e externas. O caráter inacabado e fluido da saúde mental se faz perceber nas explicações de Klein (1963) sobre a integração:

> "A integração só pode acontecer passo a passo e a segurança alcançada por ela é passível de ser perturbada sob pressão interna e externa – o que permanece verdadeiro ao longo de toda a vida. Uma integração completa e permanente nunca é possível, pois alguma polaridade entre as pulsões de vida e de morte sempre persiste e permanece como a fonte mais profunda de conflito" (p.343).

Mas vale ressaltar que a lógica deste processo está fundada não no afastamento ou eliminação do que é primitivo, arcaico e profundamente inconsciente. Suas bases estão ancoradas sobre um olhar do todo, com seus elementos agradáveis e desagradáveis, conscientes e inconscientes, bons e maus, construtivos e destrutivos, fundados no amor e no ódio, dirigidos à vida e à morte. Klein (1946) esclarece bem este ponto:

> Algumas flutuações entre a posição esquizo-paranóide e a depressiva sempre ocorrem e fazem parte do desenvolvimento normal. Portanto, não se pode traçar uma divisão clara entre dois estágios do desenvolvimento; além disso, a modificação é um processo gradual e

> os fenômenos das duas posições permanecem por algum tempo entrelaçados e interagindo em alguma medida (p.35).

Existe uma relação de proximidade entre saúde e doença, amor e ódio, razão e irracionalidade. Como lembra Klein (1955 [1953]), "... ansiedades de natureza psicótica fazem parte, em certa medida, do desenvolvimento infantil normal..." (p.165). Da mesma forma, a maturidade emocional não exclui a expressão ou influência do que há de infantil. "Mesmo numa pessoa emocionalmente madura, fantasias e desejos infantis persistem em alguma medida" (Klein , 1960, p.306).

Por todas estas razões, a saúde mental não pressupõe ausência de sofrimento, nem aprisionamento do sujeito do inconsciente. Menos ainda a evitação do inesperado. Como alerta Ripa di Meana (2001), o sujeito do inconsciente "simplesmente reivindica o direito de não ser distorcido, ser entendido, mas não feito uniforme" (p.46).

Em complemento às discussões sobre as implicações teóricas do conceito de posição, o lugar de destaque dado à interação entre as pulsões de vida e morte também aparece como contribuição importante para entender esta fluidez da saúde mental.

É de conhecimento notório a importância dada por Klein para a relação entre as pulsões de vida e de morte. As oscilações na predominância de um ou outro, que depende grandemente das interações de fatores inatos com o mundo externo, confere configurações subjetivas distintas que afetam a percepção tanto interna quanto externa. Daí se supõe que a predominância dos impulsos construtivos sobre os destrutivos aproxima o funcionamento mental ao que Melanie Klein descreve como personalidade saudável. Todavia, isto não significa que o sujeito se vê livre das influências de sua própria destrutividade. É mais correto afirmar que boa parte desta destrutividade foi sublimada, uma outra simplesmente reconhecida e aceita, e uma outra ainda em estado bruto e inconsciente que pode desfazer a

estabilidade mental alcançada. A probabilidade de este último desfecho ocorrer é menor em indivíduos saudáveis, mas nunca deve ser desprezada.

O conceito de mundo interno, contribuição importante do modelo kleiniano para a compreensão dos processos psíquicos e dos mecanismos envolvidos na origem das psicoses, também auxilia no entendimento desta fronteira tênue entre saúde e doença. Este "espaço psíquico", construído a partir dos mecanismos de projeção e introjeção (que se produzem em decorrência das trocas entre o bebê e seu meio), fica povoado de objetos internos que sofreram maior ou menor distorção em relação à realidade. O cenário que é constituído internamente vai influenciar o modo como o sujeito se relaciona consigo mesmo e com o mundo. As interpretações de suas experiências são amplamente dependentes do que é sentido subjetivamente neste mundo interno. Já foi esclarecido anteriormente que esta construção é devida à interação de fatores internos e externos. O fato é que as bases sobre as quais este mundo interno é erguido gozam de uma estabilidade relativa. Mudanças bruscas em estados subjetivos, sejam por contingências ambientais ou pressões internas (ou ainda uma combinação de ambos), alteram o cenário do mundo interno e as características dos objetos internos, fazendo predominar elementos persecutórios e impulsos destrutivos que encaminham o sujeito para uma instabilidade emocional acentuada. Isto explica, por exemplo, as oscilações bruscas de humor.

O predomínio da ansiedade paranóide provoca a intensificação da projeção, pois a criança não suporta os impulsos e desejos que surgem. O aumento da projeção prejudica a capacidade de lidar com os sentimentos próprios e alheios, uma vez que os elementos projetados contaminam a percepção dos objetos externos. Caso predominem impulsos libidinais e experiências gratificantes, a introjeção, mais do que a projeção, passa a ser o expediente mais usado. O mundo interno fica mais assemelhado com o mundo externo e, em conseqüência, as relações com o outro e consigo mesmo ficam mais realistas e saudáveis.

O caminho seguido até então, por força da necessidade de realizar uma abordagem didática do problema de conceituar a saúde mental com base nas idéias de Klein, leva a necessária análise de alguns aspectos em separado, o que não quer dizer que tenham existência isolada ou que lhes falte interligação ou interdependência. A abordagem analítica do problema objetiva, em especial, destacar elementos que se encontram difusamente localizados no todo da obra, sem que tal procedimento destitua o conceito de seu lugar original.

Pode-se dizer que, até o momento, esta discussão resgatou e ajudou a formular idéias sobre saúde mental que foram inspiradas nas primeiras incursões de Klein na construção de sua teoria. E traz para o debate aquilo que resistiu às reformulações que se seguiram. O ponto de vista econômico e a ênfase no mundo interno foram, sem dúvida, marcantes nos primeiros anos dos trabalhos de Klein. A estes se somou mais tarde uma visão mais dinâmica, complexa, estrutural, e com destaque para a influência ambiental. Entretanto, a força das pulsões e das fantasias que povoam o mundo interno ganhou mais dinamismo e complexidade.

3.1.3 Uma Competência Sócio-Emocional

Diz-se a respeito da teoria de Klein se tratar de uma teoria das emoções, dado o destaque que as mesmas recebem em seus escritos. Esta presença marcante não poderia deixar de compor a equação que aqui se constrói sobre a noção de saúde mental.

A centralidade das emoções na organização do funcionamento psíquico é marcante. É através delas que o indivíduo da significado aos acontecimentos (Barros, 1996), e são elas que

promovem ou obstruem o desenvolvimento, pois surgem primariamente (Stein, 1990). As emoções, experimentadas continuamente pelo ego e relacionadas com os instintos, têm influência direta sobre a produção das fantasias e dos objetos que povoam o mundo interno.

Emoções de amor e ódio, sentidas desde o início da vida, bem como os sentimentos derivados, que resultam da interação com o mundo externo, ajudam a estruturar a mente. As pressões das pulsões (de vida e de morte) e da realidade, provocam a produção constante de emoções e sentimentos. O modo como o sujeito lida com elas e com as que surgem das transações com o ambiente social, é para Klein de fundamental importância para o estabelecimento de uma vida mental saudável. A própria mudança para a posição depressiva, sabidamente imprescindível para o alcance da estabilidade psíquica, inaugura um modo mais flexível, maduro e realista de lidar com emoções e sentimentos. Em lugar do medo, do ódio e da inveja, prevalecem a preocupação com o objeto, o amor e a gratidão. Como se pode notar, há a recorrência constante às emoções como forma de descrever e diferenciar estados saudáveis e patológicos. Mais uma vez, vale ressaltar que o aspecto emocional está sendo tratado em destaque para provar uma tese, não para apontá-lo como exclusivo ou hegemônico. Os argumentos apresentados aqui cumprem a necessária tarefa de mostrar a centralidade das emoções.

Ao se referir aos sentimentos de culpa e de medo de perder a mãe, Klein (1936) afirma: “Esses sentimentos, creio, têm efeitos importantes no futuro bem-estar mental da criança, na sua capacidade de amar e no seu desenvolvimento social” (p.334). Mais adiante, ela acrescenta: “... os sentimentos agressivos, que causam tanta perturbação na mentalidade da criança, são ao mesmo tempo de grande valor para seu desenvolvimento” (p.335). Além de adicionar mais argumentos para a noção de saúde mental como resultado de uma integração (de sentimentos agressivos e amorosos), estas passagens revelam a importância dada por Klein ao papel das emoções para o desenvolvimento saudável. Os sentimentos derivados da

pulsão de vida ajudam a dar mais consistência e estabilidade às relações sociais, à produtividade, e aumentam a sensação de felicidade e harmonia interna. Os sentimentos influenciados pela pulsão de morte, quando adequadamente sublimados, regulam a variedade de ações voltadas ao trabalho, esporte e lazer, entre outras.

No mesmo trabalho de 1936, ao tecer suas considerações finais, Klein faz uma defesa enfática da importância de compreender as emoções, com a finalidade de promover a saúde mental:

> Contudo, uma melhor compreensão das necessidades emocionais do bebê certamente terá uma influência favorável na nossa atitude em relação aos seus problemas e poderá ajudá-los a atingir maior estabilidade. Ao pôr em palavras essa esperança, estou resumindo o principal objetivo desse trabalho (345).

As emoções de amor e ódio cumprem tarefa fundamental nos relacionamentos tanto com pessoas em geral, quanto nas relações familiares, influenciando a atitude social por toda vida (Klein, 1937). As bases para a atitude social se constroem nas primeiras relações que o bebê tem com a mãe, sendo que o primeiro apresenta sentimentos de amor e gratidão em resposta ao amor e os cuidados da segunda, bem como sentimentos de ódio e ressentimento diante das frustrações infligidas por ela.

O amor que a criança sente pela mãe, tão necessário para a construção de uma vida mental saudável, precisa ser deslocado para as outras relações. Klein (1937) lembra o papel crucial desta emoção e de seu deslocamento:

> Esse processo de deslocamento do amor é da maior importância para o desenvolvimento da personalidade e dos relacionamentos humanos – ou até mesmo, pode-se dizer, para o desenvolvimento da cultura e da civilização como um todo (p.367).

O deslocamento deste amor não deve ser total. “No caso de uma personalidade realmente bem desenvolvida, sempre resta algum amor pelos pais, ao qual se acrescenta o amor por outras coisas e pessoas” (Klein, 1937, 368).

Percebe-se que as emoções de amor e ódio regulam todo funcionamento mental, por toda a vida, e a forma como lidamos com elas, em nós e nos outros, e que tipo de transformações e deslocamentos são efetuados, tem relação direta sobre o destino do desenvolvimento.

O modo de lidar com outras emoções e sentimentos, derivados daqueles, ou das pulsões de vida e de morte, também aparecem no modelo kleiniano como cruciais para a consolidação de um funcionamento mental saudável.

Os sentimentos de ansiedade e de inveja certamente estão entre os que determinam, segundo o ponto de vista kleiniano, o percurso seguido pelo desenvolvimento emocional.

A ansiedade, provocada pela pressão da pulsão de morte sobre o ego, leva este último a lançar mão de mecanismos defensivos engenhosos, a começar pela projeção. O ego saudável é aquele que tolera, distribui e modifica a ansiedade (Bianchedi, 1988). Daí se supõe que a maturidade e força do ego são medidas a partir do modo como ele lida com as emoções e sentimentos, em especial a ansiedade. Inclusive a capacidade do ego, em conjunção com condições favoráveis no meio ambiente, de modificar a ansiedade, sela o destino da personalidade em direção à posição depressiva, pois a ansiedade persecutória, portanto paranóica, dá lugar à ansiedade depressiva, de tendência reparatória. Percebe-se que a ansiedade no decorrer da obra kleiniana foi assumindo um lugar de sentimento que pode alavancar ou obstruir o desenvolvimento.

O sentimento de inveja, constitucional para Klein, também assumiu lugar de destaque no modelo que descreve o caminho em direção da saúde mental, e seus obstáculos. A inveja excessiva é talvez um dos elementos mais daninhos na busca de um desenvolvimento mental

saudável. O bebê exageradamente invejoso é incapaz de se beneficiar dos cuidados oferecidos pela mãe e termina por atacar tudo aquilo que representa qualidades boas no outro. A sabotagem do desenvolvimento é constante e torna inviável o alcance da posição depressiva, visto que deteriora a formação dos sentimentos de amor e gratidão, verdadeiros antídotos diante dos obstáculos ao crescimento.

O aumento da intensidade da inveja, aliado à força dos mecanismos paranóides e esquizóides, torna bastante complicada a tarefa de separar o amor e o ódio, no início da vida. Se aliadas a isto, as experiências com a mãe tiverem o predomínio da frustração, a criança terá muita dificuldade para distinguir o que é bom e o que é ruim (Klein, 1957).

O papel central das emoções é incontestável já que há sempre um conjunto de emoções envolvidas e diretamente responsáveis por alguma etapa importante do processo de desenvolvimento mental. Amor, ódio, inveja, ciúme, gratidão, ansiedade persecutória e depressiva, culpa são todas emoções e sentimentos de presença marcante nos escritos de Klein. Portanto, a competência para lidar com as emoções, tanto próprias quanto alheias, torna-se elemento imprescindível na composição de uma personalidade saudável. Segundo Kusché (2002) o desenvolvimento desta competência em crianças, através de programas aplicados no contexto escolar, é crucial para lidar com situações correntes da vida na atualidade.

Por serem as emoções o principal veículo de comunicação usado pelas crianças e adultos nas relações sociais, uma competência emocional, quando aplicada às emoções próprias e do outro, assume contornos de competência sócio-emocional.

Vaillant e Vaillant (2004), após estudarem as diferentes formas de conceituação da saúde mental, apresentaram seis modelos diferentes, entre os quais o que chamaram de inteligência sócio-emocional. Esta foi definida como a capacidade para identificar e lidar com sentimentos próprios e alheios, denotando habilidades sociais, auto-conhecimento e auto-

controle. Esta definição assemelha-se com a afirmação feita por Klein (1959), a respeito da formação do caráter, ligado ao auto-conhecimento e o auto-controle, e sua importância nas relações sociais, ao concluir um de seus últimos escritos:

> Conclui este artigo discutindo a importância do caráter porque a meu ver o caráter é a base para toda a conquista humana. O efeito de um bom caráter em outros está na raiz do desenvolvimento social saudável (p.297).

Algumas das características marcantes desta inteligência são: percepção consciente e monitoramento das próprias emoções; adaptação à realidade na expressão das emoções; reconhecimento e resposta adequados às emoções do outro; habilidade para negociar nas relações íntimas; entre outras.

A ênfase atribuída pela psicanálise às relações objetais, e no caso específico do modelo kleiniano, reconhecimento da existência desta forma de relação já no início da vida, lançou grande atenção, esforços e estudos sobre as trocas ocorridas na relação mãe-bebê. A riqueza e complexidade de respostas e processos psíquicos envolvidos nesta díade abriram caminho para uma percepção diferente tanto das qualidades sociais do bebê, quanto das habilidades presentes no início da infância e necessárias para a consolidação de uma personalidade sadia e apta para lidar com as contingências ambientais. Emoções antes consideradas ausentes na tenra idade ou muito elaboradas para povoar a mente de um bebê recém-nascido, passaram a fazer parte dos estudos sobre o desenvolvimento emocional primitivo, e com freqüência apareceram nas mais variadas descrições sobre os fenômenos psíquicos.

Com o reconhecimento da presença das emoções na vida mental humana bem antes do que se imaginava, e seu papel fundamental na regulação e modulação das interações sociais, a afetividade (conjunto das emoções e sentimentos e a forma de lidar com eles) ganhou status

de pedra fundamental e instrumento imprescindível para um desenvolvimento psicológico saudável e o alcance de um equilíbrio psíquico. “Equilíbrio não significa evitar conflitos; supõe a força para atravessar emoções penosas e poder lidar com elas” (Klein, 1960, 308).

Melanie Klein certamente teve participação destacada e pioneira nesta grande revolução no olhar sobre a vida mental infantil, e seu modelo teórico reúne farto material para supor que um indivíduo alcança a saúde mental quando, entre outras qualidades, desenvolve uma competência sócio-emocional.

Recorrendo ao levantamento detalhado feito por Vaillant e Vaillant (2004), a relação das características desta inteligência, chamada aqui de competência, apontam para a noção kleiniana de saúde mental. A percepção consciente das próprias emoções, bem como o monitoramento das mesmas, representa os ganhos adquiridos pela criança quando reconhece a totalidade de seus sentimentos e os controla ou redireciona em nome da preservação de si mesma e do objeto. O aumento da consciência sobre as próprias reações emocionais é tido por Klein como essencial para o aumento da estabilidade psíquica.

O êxito na passagem para a posição depressiva, imprescindível para o alcance da saúde mental, conduz ao aumento na adaptação das emoções e percepções à realidade, levando à adequada expressão emocional, mais de acordo com as condições estabelecidas por cada ocasião.

Outra conseqüência salutar da consolidação da posição depressiva, e diversas vezes lembrada por Klein como característica marcante de um indivíduo saudável, menos suscetível às pressões dos impulsos esquizo-paranóides, é a preocupação com o estado e a preservação do outro. Aqui há uma convergência entre os impulsos reparatórios, exaustivamente explicados por Klein, e colocados em lugar de destaque, e a característica apontada por Vaillant e Vaillant (2004) de reconhecimento acurado e resposta adequada às emoções do outro, como integrantes do modelo de saúde mental denominado inteligência sócio-

emocional. Só é possível reconhecer e responder adequadamente às emoções do outro quando o indivíduo não se encontra aprisionado ao egocentrismo da posição esquizo-paranóide. Ao diminuir a ênfase sobre a atenção dirigida ao ego, que se encontrava às voltas com as fantasias e angústias paranóicas, a libido volta-se com mais força para o objeto, o que aumenta a capacidade de percebê-lo de forma mais realista, além de melhorar a sensibilidade do sujeito às necessidades do outro.

A empatia, outra característica apontada na composição desta inteligência sócio-emocional, envolve a capacidade de colocar-se no lugar do outro e reconhecer seus sentimentos e qualidades. Klein (1958) explica a empatia como a capacidade de identificar-se com o outro: "Em cada estágio a capacidade de identificar-se propicia a felicidade de ser capaz de admirar o caráter ou as conquistas dos outros" (p.294). Junto com a admiração, o olhar sobre o outro ganha compreensão e tolerância: "... ser mais compreensivo e tolerante com nossos filhos, assim como com pessoas fora do círculo familiar, é sinal de maturidade e de desenvolvimento bem-sucedido" (Klein, 1958, p.294).

O necessário deslocamento de boa parte do amor antes dirigido à mãe, para outros objetos, garante o estabelecimento de relacionamentos afetivos duradouros, íntimos e estáveis. Assim, a habilidade nas negociações em relacionamentos íntimos, mais uma das qualidades apontadas no estudo dos autores citados acima, coaduna-se com a assertiva kleiniana.

Esta breve análise reúne formulações suficientes para se afirmar com segurança que uma noção de saúde mental construída a partir das idéias de Klein deve conter a competência sócio-emocional. E esta competência, segundo Kusché (2002), é essencial para lidar com a realidade atual, carregada de intensas transformações sociais e culturais, e as prováveis transformações que estão por vir:

> As rápidas e complexas mudanças culturais das últimas décadas, bem como aquelas previstas num futuro que pode ser antevisto, faz das

> competências sociais e emocionais requisitos cruciais para o bom funcionamento das crianças tanto em suas vidas em situações correntes quanto para suas vidas como adolescentes e adultos (p.301).

3.1.4 A Resiliência

"Não é o estresse que mata os indivíduos, mas o domínio saudável do estresse que permite aos indivíduos sobreviver". Com esta afirmação, Vaillant e Vaillant (2004) explicam a qualidade de ser resiliente. Os pesquisadores apontam três grupos de mecanismos regularmente usados para enfrentar situações estressantes: procura consciente por apoio social; uso de estratégias cognitivas conscientes; uso de mecanismos adaptativos involuntários, conhecidos pela psicanálise como mecanismos de defesa do ego. Estes últimos são considerados defesas mentais homeostáticas que são desencadeadas para lidar com mudanças abruptas, as quais possibilitam a evitação ou o melhor enfrentamento de conflitos intrapsíquicos.

Estas definições são bastante adequadas para ajudar a elaborar mais algumas formulações sobre a noção kleiniana de saúde mental. A aproximação das idéias sobre resiliência, conceito forjado recentemente nas ciências humanas para explicar a capacidade humana para lidar com as adversidades da vida, com os preceitos de Klein sobre as características de uma mente saudável, encontra diversos pontos de convergência e complementação mútua.

A começar pelo aspecto que torna a teoria kleiniana familiar tanto para aqueles que têm pouco conhecimento de suas bases, quanto para os que a conhecem em profundidade, a importância do brincar tornou-se uma espécie de marca registrada. É de conhecimento geral o valor dado por Klein ao ato de brincar como essencial e estruturador de uma mente sadia.

Deixando de lado seus efeitos terapêuticos e seu papel na técnica de tratamento psicanalítico de crianças, o brincar auxilia a criança a lidar com a realidade. Num artigo de 1929 em que a autora estuda as diferenças no brincar em várias manifestações patológicas, em comparação com o brincar sadio, ela afirma:

> As crianças normais, porém, têm melhor domínio da realidade. Sua brincadeira mostra que elas são mais capazes de influenciar a realidade e viver dentro dela em conformidade com suas fantasias (Klein, 1929b, p.236).

A boa relação com a realidade, típica de pessoas saudáveis para Klein, aparece no modo como o brincar se desenrola e nas fantasias em jogo. Não é possível pensar numa atitude resiliente que não se apóie nos efeitos benéficos da atividade lúdica, que por sua vez é composta por uma riqueza de fantasias que expressam e trazem os resultados das transações que se realizaram e se realizam entre a criança e seu ambiente. O enfrentamento de situações estressantes, além de exigir uma força de caráter (implicitamente do ego), muito citada por Klein para definir saúde mental, demanda o uso da criatividade, para que os mecanismos de defesa sejam eficazes, sem causar prejuízo para o sujeito ou seu meio.

A sublimação, mecanismo defensivo mais evoluído e eficaz do qual o aparelho psíquico lança mão, é talvez a resposta mais resiliente e, pode-se dizer, versão mais madura do brincar infantil saudável. O brincar e a atitude resiliente parecem ter uma relação estreita que merece uma análise mais profunda.

O grau de contato com a realidade é usado por Klein como termômetro para diferenciar uma criança saudável, de uma neurótica ou psicótica. A criança resiliente mantém um contato estreito com a realidade, sem afastamentos prolongados ou acentuados, pois não a interpreta como ameaça intransponível. O afastamento da realidade de modo recorrente, subterfúgio do psicótico, baseia-se numa percepção paranóica e parcial, característica própria

da posição esquizo-paranóide. Já aquela que revela uma relação mais estreita e eficiente com seu meio, denota uma percepção mais realista e integrada, qualidade dos que atingiram de modo satisfatório a posição depressiva. Portanto, em última análise, a atitude resiliente é o efeito do uso adequado do brincar, da relação harmônica com a realidade e da adequada elaboração da posição depressiva.

Em complemento ao que foi dito até então sobre a resiliência, a capacidade de suportar frustração, que parece ser o elemento essencial, merece um maior detalhamento.

Klein refere-se a esta capacidade de forma recorrente para defender seu ponto de vista sobre a saúde mental. Numa nota de rodapé de seu conhecido trabalho "Amor, culpa e reparação", de 1937, ela fala do papel das frustrações no desenvolvimento infantil: "É importante perceber que o desenvolvimento da criança depende de sua capacidade de descobrir uma maneira de suportar as frustrações inevitáveis e necessárias..." (p.357).

O enfrentamento das situações frustrantes, que por sua vez provocam um conflito entre os sentimentos de amor e ódio, já que o descontentamento diante da realidade estimula o ódio e o coloca em oposição ao sentimento de amor (e o desejo de reparação), diz muito a respeito das condições de saúde mental da criança. O modo como ela vai elaborar este conflito determinará muito de sua atitude resiliente. Frustrações muito precoces, por exemplo, um desmame precoce, podem provocar ódio e ressentimento em quantidades suficientes para afetar a capacidade da criança de se adaptar a frustrações futuras (Klein, 1937).

A capacidade e disposição para reparar, igualmente importante nesta adaptação às situações desagradáveis da vida, também dependem da elaboração do conflito entre amor e ódio. Condições extremamente adversas são enfrentadas de forma obstinada por aqueles que conseguiram construir internamente, com o auxílio de um ambiente anterior favorável, um objeto bom que garante ao ego este ímpeto para solucionar situações difíceis. A internalização de objetos frustradores, por outro lado, pode levar a uma reação desesperada (frente a

situações de privação) daquele que, influenciado por fantasias arcaicas, encontra-se novamente diante do objeto que o frustra e priva de suas necessidades básicas, do amor e da proteção (Klein, 1937).

A influência das primeiras experiências sobre a formação desta atitude positiva diante das pessoas e coisas é decisiva. "... quando a criança não é feliz no início de sua vida, ela terá dificuldades em criar uma atitude esperançosa, além de amar e confiar nas pessoas" (Klein, 1937, p.380). Klein pondera que mesmo em condições mais favoráveis, a criança pode construir uma imagem pessimista das pessoas e do mundo, posto que além de receber amor e gratificações, a criança precisa ter uma capacidade inata para suportar frustrações. Assim, já num trabalho anterior, ela apontou a importância desta capacidade e os efeitos de sua falta: "A incapacidade da criança em tolerar frustrações acabará por torná-la ingovernável e mal-adaptada à realidade" (Klein, 1932a, p.119).

A resiliência não pode ser confirmada isoladamente, pois "Em muitas crianças, a incapacidade original de tolerar frustração fica obscurecida por uma grande adaptação aos requisitos de sua educação" (Klein, 1932a, p.123). Klein não relaciona necessariamente a atitude resiliente com "bondade" ou "cooperação", já que estas características podem vir acompanhadas de inibições no brincar ou apego excessivo aos objetos. Crianças com este perfil demonstram pessimismo e com freqüência renunciam à satisfação de suas necessidades para se livrar da ansiedade e da culpa. Apesar destas últimas características estarem presentes em menor ou maior grau em todas as mentes, saudáveis ou não, a preocupação excessiva com a mitigação delas denuncia uma organização psíquica mais esquizo-paranóide que depressiva (ou mesmo a falha na elaboração da posição depressiva).

A resiliência tem relação direta e de dependência com o aspecto quantitativo da saúde mental. A capacidade para lidar com situações externas adversas tem relação direta com a quantidade de pulsão de vida e de morte que se encontra em jogo no início da vida.

Existe uma pré-disposição de base constitucional para suportar mais ou menos as insatisfações impostas pela realidade. Klein (1952b) detalha esta variação:

> ... temos que nos lembrar que algumas crianças parecem suportar condições externas insatisfatórias sem grave dano para seu caráter e sua estabilidade emocional, enquanto em outras, apesar do ambiente favorável, surgem e persistem sérias dificuldades (p.122).

A descoberta revolucionária da existência de uma estrutura mental mais sofisticada do que aquela descrita por Freud, tem implicações sobre o modo de encarar as capacidades pré-existentes e as potencialidades psicológicas. A presença de um ego em estado rudimentar ao nascer dá a criança uma série de competências nas interações com o ambiente físico e social. E a tolerância para suportar privações está entre elas. "A capacidade inata do ego para tolerar ansiedade pode depender de uma maior ou menor coesão do ego no nascimento" (Klein, 1952b, p.142). Mas depende também de fatores externos, tais como a experiência do nascimento e os cuidados oferecidos pela mãe nos primeiros dias e meses de vida. A capacidade inata lembrada por Klein, durante praticamente toda sua obra, nunca perdeu importância, ainda que associada a fatores externos.

A frustração, em certa medida, intercalada com momentos de satisfação, pode criar um cenário para o desenvolvimento de atividades sublimatórias e criativas, e dar à criança a impressão de ser forte, "pois a frustração, se não excessiva, é também um estímulo à adaptação ao mundo externo e ao desenvolvimento do sentido de realidade" (Klein, 1957, 217). O conflito, para Klein, é fundamental para o enriquecimento da personalidade e da criatividade. O repertório de respostas que podem ser criadas pelo aparelho mental para enfrentar a realidade é estimulado por condições que nem sempre são favoráveis, e que por esta razão forçam a mente a buscar recursos e elaborar mecanismos que preparam melhor o sujeito diante das situações cotidianas desafiadoras. A proteção demasiada que muitas mães

oferecem aos seus filhos parece embotar a capacidade de reação e de adaptação que o ego tem, e aumenta a dependência para com o cuidador e a insegurança em relação ao mundo externo.

A resiliência, como se pode notar, representa esta capacidade para enfrentar de forma saudável as frustrações ambientais, mas depende da quantidade e intensidade de privações impostas pela realidade a este ego rudimentar nascente, e também da força deste mesmo ego para suportar as privações. Forma-se um círculo vicioso que pode ser benéfico, ou seja, conduzir o indivíduo para o desenvolvimento favorável do caráter, do equilíbrio mental e as bases para a saúde mental; ou maléfico, abrindo caminho para a prevalência da destrutividade, da intolerância, da inveja e da falta de integração.

Egos mais resistentes às situações de privação, e que se identificam com um objeto bom internalizado, aumentam a probabilidade de desencadear o círculo vicioso benéfico, mas precisam dos outros elementos para completar o contexto favorável. Ainda assim, é evidente o papel desta capacidade de resistência (a resiliência) tanto para a obtenção quanto para a manutenção da saúde mental, segundo o modelo kleiniano. A seguinte afirmação de Klein (1957) parece trazer implícita esta idéia da resiliência como característica de uma personalidade saudável: "Contudo, a capacidade de emergir de tais estados depressivos e reconquistar o sentimento de segurança interna é, em minha concepção, o critério para uma personalidade bem desenvolvida" (p.228).

A capacidade de recuperação, após estar dominado por estados patológicos depressivos, retomando a segurança e a estabilidade emocional, certamente diz respeito à resiliência.

A passagem do superego arcaico para a consciência moral como elemento crucial para o estabelecimento da saúde mental, diminui as projeções sobre o mundo externo, como

também as distorções, e melhora as respostas do indivíduo às adversidades da realidade social.

> ... enquanto a função do superego for principalmente causar ansiedade, ele desperta no ego os violentos mecanismos de defesa... e cuja natureza é anti-ética e anti-social. No entanto, logo que o sadismo da criança se reduz e o caráter do superego se modifica de tal forma que este passa a gerar menos ansiedade e mais sentimento de culpa, os mecanismos de defesa que formam a base da atitude moral e ética são ativados. A criança passa, então, a ter mais consideração pelos seus objetos e se torna sujeita ao sentimento social (Klein, 1933, p.290).

Este trecho explica, ao mesmo tempo, a importância da transformação do superego para a saúde mental, e relaciona esta transformação à atitude resiliente, que depende desta transformação para construir um vínculo mais adequado com a realidade. Uma das conseqüências da diminuição da severidade do superego é a diminuição da projeção e o aumento da introjeção. Quando a projeção é usada de modo intenso, as frustrações são encaradas com grande ressentimento e suas causas são atribuídas às pessoas e circunstâncias presentes, colocando toda responsabilidade sobre o mundo externo. Já com a diminuição da projeção, e a internalização de um objeto bom que forma o núcleo do ego, as frustrações são suportadas sem muito ressentimento e o equilíbrio pode ser restabelecido sem grande dificuldade. Em complemento, explica Klein (1952a):

> Além disso, esta atitude mais realista em relação à frustração – que implica que o medo persecutório em relação aos objetos internos e externos tenha diminuído – conduz a uma maior capacidade do bebê de restabelecer a boa relação com a mãe e com outras pessoas quando a experiência frustradora não está mais em vigor (p.100).

A diminuição do medo persecutório e a atitude mais realista, como se sabe, só são possíveis com a elaboração da posição depressiva. Como esta elaboração é apontada por Klein como essencial para o estabelecimento da saúde mental, deduz-se que a capacidade de

enfrentar experiências frustradoras e reconquistar a estabilidade psíquica são efeitos benéficos da elaboração da posição depressiva.

Do que foi dito até então sobre a noção de saúde mental baseada nos preceitos kleinianos, pode ser resumido como se segue: a saúde mental representa um estado de integração psíquica, que resulta numa competência sócio-emocional e numa atitude resiliente diante da vida, e tem sua fluidez afetada por fatores quantitativos, inatos e ambientais.

Cabe esclarecer agora como se processa esta integração psíquica e seu papel na construção de uma mente saudável.

3.2 A Integração Psíquica: Transformação do Superego e o Fortalecimento do Ego

As idéias desenvolvidas até aqui foram inspiradas principalmente pelas descobertas de Klein sobre o desenvolvimento emocional precoce e, em especial, por aquelas que tornaram seu pensamento único e que pavimentaram o caminho para o nascimento de uma nova e original escola psicanalítica. Relações de objeto precoce, existência de ego ao nascer, origem precoce do complexo de Édipo e do superego, a teoria das posições e da inveja, entre outras, foram idéias revolucionárias que afetaram definitivamente o entendimento sobre o desenvolvimento emocional e o modo de tratar crianças em geral, e psicóticos em particular.

É correto afirmar também que o reconhecimento da existência de uma estrutura egóica incipiente inata e da origem do superego a partir das primeiras relações de objeto, alteraram o modo de enxergar a dinâmica psíquica (relação entre id, ego e superego) e sua influência sobre o desenvolvimento psicológico.

Enquanto Freud deu grande ênfase ao nascimento e estruturação do ego, e sua relação com o id e a realidade, como fundamentais na construção dos alicerces sobre os quais se formaria a personalidade, já que o superego só entraria em cena no final da fase fálica, quando a criança estivesse por volta dos seis anos de idade, Klein alçou o superego à condição de protagonista e deu grande importância à sua influência sobre a formação do ego, também essencial para ela.

As descrições exaustivas e detalhadas feitas por Klein, desde que anunciou suas idéias sobre a origem do superego, primeiro datando seu início no começo e não no fim do complexo de Édipo (Klein, 1926), depois acrescentando explicações sobre as características severas e cruéis deste superego arcaico, que sofre influência do sadismo infantil (Klein, 1928), para finalmente datar os primórdios da formação do superego a partir das primeiras incorporações do objeto, ocorridas logo após o nascimento (Klein, 1948), deram ao superego um aumento gradativo de importância na obra kleiniana.

Desde 1932, e em trabalhos posteriores (Klein, 1933, 1935, 1948b, 1957, 1958) o superego aparece como instância psíquica que acompanha e influencia todo desenvolvimento psicológico. Mais ainda, sua influência se faz presente em todo processo de transformação psíquica, que encaminha o sujeito de uma organização polarizada, arcaica e destrutiva, baseada no sentimento de medo e potencialmente patológica, para uma organização integrada, fundada na consciência moral e no sentimento de culpa moderado. Esta transformação se processa, vale lembrar, graças à assimilação crescente do superego pelo ego (Klein, 1933).

Uma das hipóteses principais sustentadas neste trabalho, e que aqui é analisada, é de que a saúde mental só pode ser alcançada com a transformação do superego arcaico em consciência moral. E que, portanto, a noção de saúde mental baseada no modelo kleiniano tem o superego como elemento central. Não se trata de minimizar o processo de síntese do ego, as influências ambientais, e o interjogo entre as pulsões de vida e de morte. Parte-se apenas do

pressuposto de que o superego funciona como uma instância psíquica que acusa e revela como cada um destes elementos está influenciando e se integrando ao todo da personalidade. Uma predominância inata da pulsão de morte, por exemplo, afeta a severidade do superego e o torna extremamente cruel. As experiências iniciais, se gratificantes ou frustrantes, associadas à predominância de uma ou outra pulsão, contribuem para a incorporação de objetos internos que formarão o núcleo do superego, que por sua vez, fará mais ou menos pressão sobre o ego. Mesmo a incorporação do objeto bom (graças à combinação satisfatória entre pulsão e experiência), que forma o núcleo do ego, sofre influência deste superego nascente. A dificuldade de Klein em esclarecer que objetos fazem parte do processo de introjeção que forma o núcleo de ego e do superego, fazem crer que a confusão existia pela proximidade e, às vezes, carência de diferenciação entre ego e superego. No trabalho em que revê a origem e estruturação do superego (Klein, 1958), Klein muda seu ponto de vista, em virtude da introdução dos "objetos internos aterrorizantes", os quais não podiam ser integrados e precisavam ficar cindidos de um modo especial para permitir a manutenção do funcionamento mental equilibrado. Neste trabalho, ela aproxima ainda mais as características do ego e do superego: "Portanto, o superego é normalmente estabelecido numa íntima relação com o ego e compartilha de aspectos diferentes do mesmo objeto bom" (p.275). Porém, reforça o ponto de vista de que a integração entre eles é a base da saúde mental.

Pode parecer que o superego está assumindo muito do que a psicanálise se habituou a atribuir às funções do ego, mas os trabalhos de Klein decididamente atribuem não ao ego predominantemente, mas ao interjogo entre ego e superego boa parte do que era antes considerado de responsabilidade do ego. Ademais, suas explicações partiam mais do superego para explicar a formação do ego, do que o contrário. Esta é, acredita-se, uma das conseqüências das descobertas de Klein sobre a origem precoce do superego.

As primeiras incursões de Klein em busca de entendimento sobre a formação do superego foram tingidas pela forte influência das premissas freudianas, sendo que algumas idéias foram abandonadas e outras mantidas. Mesmo nas primeiras décadas de seu percurso teórico, Klein (1933) já reconhecia a força da influência inconsciente do superego no caminho seguido pelo desenvolvimento psicológico: "... é um fator importante tanto na doença mental quanto no desenvolvimento da personalidade normal" (p.286).

O complexo de Édipo, fenômeno estruturador da personalidade, influencia e é influenciado pelo desenvolvimento do superego. A internalização das figuras parentais cria imagos que interagem com a relação ambivalente que a criança tem com os pais reais. A cada introjeção também se sucede uma projeção, interferindo sobre o desenvolvimento do superego. "Desse modo, o curso tomado pelo complexo de Édipo e o desenvolvimento do superego estão intimamente interligados" (Klein, 1945, p.454).

A maneira como a criança vê os pais, os desejos e sentimentos que dirige a eles acabam por ser modulados pelo superego, e o sentimento de culpa (provocado pela pressão do superego sobre o ego) impulsiona a reparação e inibe os desejos libidinais. Aliás, a pressão do superego sobre o ego é fator determinante nas tendências de conduta assumidas pelo ego. O grau de pressão de um sobre o outro pode determinar se o ego agirá mais pela necessidade de reparar o objeto, portanto mais próximo da sanidade, ou de se proteger maniacamente, mais próximo da insanidade. As pressões que a instância superegóica inflige sobre a egóica dependem em parte das introjeções citadas anteriormente, que por sua vez são influenciadas pelas primeiras experiências. De qualquer modo, a relação dinâmica que se estabelece tem o superego como um modulador.

As primeiras introjeções, que formam o núcleo do superego, afetam o modo como a criança vai se relacionar com o seio da mãe e o pênis do pai, influenciam diretamente a elaboração do complexo de Édipo, e criam predisposições para formas específicas de vínculos

afetivos no futuro. Tanto antes quanto depois do complexo de Édipo, o superego deixa sua marca e consolida sua influência:

> O primeiro objeto introjetado, o seio da mãe, forma a base do superego. Assim como a relação com o seio da mãe precede e influencia profundamente a relação com o pênis do pai, do mesmo modo a relação com a mãe introjetada afeta de várias maneiras todo o curso do desenvolvimento do superego. Algumas das características mais importantes do superego – sejam de natureza amorosa e protetora, ou destrutiva e devoradora – derivam dos componentes maternos iniciais do superego (Klein, 1945, p.461).

As relações de objeto afetam e são afetadas pela formação do superego. As projeções devidas ao medo de perseguidores internos alteram a percepção dos objetos externos, que por sua vez são introjetados de forma distorcida e mudam as imagos que compõem o superego. O próprio funcionamento do ego e seu modo de responder às relações de objeto levam a marca do superego:

> A interação entre relação de objeto e superego também encontra expressão, creio, no fato de que em cada estágio de desenvolvimento os métodos que o ego usa nas suas transações com o objeto correspondem exatamente àqueles usados pelo superego com relação ao ego, e pelo ego com relação ao superego e ao id (Klein, 1932, p.164).

Os ideais de uma determinada teoria ancorada nas ciências humanas trazem implícito aquilo que se pensa a respeito do homem ideal, um modelo utópico que serve mais para guiar seu desenvolvimento do que para alcançar objetivos. No caso da psicanálise, a finalidade do tratamento representa os anseios sobre um funcionamento mental saudável e de um curso ideal de desenvolvimento psicológico. Pode-se dizer que, sem incorrer numa atitude reducionista, impositiva ou padronizadora, o que se almeja quando se trata um paciente, simboliza aquilo que se pensa sobre saúde mental e desenvolvimento saudável.

Em “A psicanálise de crianças” Klein (1932) apresenta suas idéias principais sobre a técnica de análise em diversas idades, como também explica os objetivos e limitações da técnica psicanalítica. Ela assevera que, no caso do adulto, a função da psicanálise é “... corrigir o curso mal-sucedido que seu desenvolvimento psicológico tomou” (p.296) e explica que a consecução deste objetivo só será possível se a psicanálise tiver como alvo “... harmonizar seu id com as exigências do superego” (p.296). Ela acrescenta que este ajuste ajudará o ego (fortalecido por este processo) a atender às exigências da realidade. Esta clara a subordinação da adaptação do ego à realidade, ao processo de harmonização da relação de id e superego. Sabe-se que não é possível mudar diretamente a natureza do id, já que representa as pulsões mais primitivas e profundamente inconscientes do homem e não está sujeito às transações com a realidade. No máximo, consegue-se deslocar e redistribuir as pulsões por meio das transformações que tem curso no ego e no superego, estes sim em constante interação (com o id) e com a realidade. Deduz-se daí que esta “harmonização” tem o superego como alvo principal.

Mais adiante, ela faz o mesmo questionamento a respeito do tratamento de crianças. “Mas, e quanto às crianças?” (p.296) ela pergunta. Sua resposta é simples e enfática; “Em primeiro lugar, a análise resolve as fixações sádicas da criança e diminui, assim, a severidade de seu superego...” (p.296). Aqui ela também coloca em primeiro lugar a diminuição da severidade do superego para que, como conseqüência, a criança consiga fazer com que seu ego se expanda e se adapte às exigências do superego e da realidade. Klein (1932) completa seu raciocínio seguindo a mesma lógica para explicar o caminho de um desenvolvimento psicológico satisfatório:

> Para o desenvolvimento da criança ter um resultado satisfatório, a severidade de seu superego precisa ser mitigada. Por mais que os objetivos de cada período do desenvolvimento possam diferir entre si, alcançá-los depende em cada caso da mesma condição fundamental, a

> saber, de um ajuste entre o superego e o id e o *conseqüente* (o grifo é meu) estabelecimento de um ego adequadamente forte (p.296).

Ao explicar o curso do desenvolvimento saudável, Klein deixa clara a dependência do ego em relação à diminuição da severidade do superego. Após este trabalho, outros se seguiram e alteraram algumas idéias da autora. A consolidação da teoria das posições foi um importante avanço no enriquecimento da teoria kleiniana. Ao invés de falar em etapas do desenvolvimento ou estágios pré-genitais e genitais, ela focou seu discurso nas oscilações entre as posições esquizo-paranóide e depressiva, quando se referia ao processo de desenvolvimento, porém, suas idéias sobre o papel central do superego pouco se alteraram. É verdade que em um de seus últimos escritos (Klein,1958), há uma mudança radical de posição em relação a mutabilidade do superego e de sua composição. Entretanto, não se dispõe de elementos suficientes para alterar tais conclusões. Entre fazer especulações em torno de uma mudança brusca de posicionamento, dotada de poucos argumentos, e apoiar a análise sobre todo um percurso intelectual conhecido, a última opção foi preferida.

O ponto de vista segundo o qual o núcleo do superego é formado pela introjeção inicial do seio da mãe, com seus aspectos bons e maus, e que este processo se desenrola por um longo período, é sustentado por Klein durante praticamente toda sua obra. A formação do ego também depende da introjeção, porém de objetos que guardam características construtivas. “A premência do ego para a integração e a organização revela claramente a sua derivação da pulsão de vida” (Klein, 1952d, p.81). Mesmo estando às voltas com objetos internos e externos de características antagônicas, é o processo de integração destas diferentes partes num todo organizado e dominado pela pulsão de vida, juntamente com o processo de transformação do superego arcaico em consciência moral, que garante à mente estabilidade e equilíbrio.

A integração dos objetos bons e maus leva ao domínio dos primeiros sobre os segundos, do mesmo modo que a aproximação entre o ego e o superego leva à assimilação do segundo pelo primeiro (Klein, 1952a). Os processos de integração do ego e de transformação do superego ocorrem simultaneamente e de forma interdependente. As tendências construtivas e organizadoras do ego se sobrepõem às destrutivas e desagregadoras, efeito benéfico do processo de integração. Ao mesmo tempo, o superego também passa por um processo de síntese que o torna mais flexível e benevolente, sendo aos poucos assimilado pelo ego. Assim, o superego parece ter presença marcante e predominante no início do desenvolvimento mental, quando o aparelho psíquico ainda guarda características predominantemente arcaicas, e sede espaço e se submete ao ego, com o progressivo processo de integração e síntese, quando a mente está mais organizada e madura.

A estreita ligação entre os desenvolvimentos do ego e do superego desde o início da vida, e sua inter-relação com as pulsões de vida e de morte, não deixam dúvidas quanto a sua interdependência e importância no caminho para a saúde mental desde muito cedo:

> Uma vez que o desenvolvimento do ego e superego está intimamente ligado aos processos de introjeção e projeção, eles estão inseparavelmente vinculados desde o começo, e já que o desenvolvimento deles é influenciado vitalmente por moções pulsionais, as três regiões da mente estão na mais íntima interação desde o princípio da vida (Klein, 1952d, p.83).

A superação da neurose infantil, graças à diminuição e modificação das ansiedades persecutórias e depressivas e da fusão entre as pulsões de vida e de morte, depende do sucesso no processo de integração e síntese. Assim, "... fica estabelecida a base para a estabilidade mental" (Klein, 1952a, p.113).

"Como sabemos, o objetivo último da psicanálise é a integração da personalidade do paciente" (Klein, 1957, p.263). O desenvolvimento da saúde mental depende do predomínio

da integração sobre a cisão. As partes excindidas da personalidade precisam ser recuperadas, resignificadas e sintetizadas.

Se por muito tempo Klein destacou a importante tarefa de diminuição da severidade do superego para a obtenção da saúde mental, a integração da personalidade tornou-se mais marcante no final de sua obra. Não é possível falar aqui numa exclusão de uma pela outra. Parece mais que, depois de dedicar grande espaço para a transformação do superego, Klein passou a focar seu interesse sobre o processo de integração da personalidade, a qual é mais abrangente, pois inclui tanto as mudanças no superego quanto as ocorridas no ego, já que não é possível pensar nelas separadamente. Conseqüentemente, de uma psicologia do superego, o modelo kleiniano passou para uma psicologia da personalidade, mais abrangente e egosintônica.

Grosso modo, pode-se supor que os progressos da psicanálise kleiniano repetiram os progressos no desenvolvimento da personalidade. Do predomínio superegóico inicial, mais primitivo e hostil, para o domínio egóico, estruturado e organizado.

As afirmações de Klein a respeito da entrada em cena tanto do ego quanto do superego nos primórdios do desenvolvimento mental levaram ao afastamento definitivo daquilo que Freud havia afirmado sobre a estrutura da mente e abriram caminho para novas incursões:

> "Se assumimos que o superego se desenvolve a partir desses processos inconscientes arcaicos que também moldam o ego, determinam suas funções e modelam sua relação com o mundo externo, as bases de desenvolvimento do ego, assim como as de formação do superego, precisam ser reexaminadas" (Klein, 1952d, p.84).

O processo de transformação que tem curso durante a infância e que encaminha o aparelho psíquico para um funcionamento saudável, por meio da elaboração e modificação das ansiedades persecutória e depressiva, é denominado por Klein de neurose infantil. Este importante e decisivo período se estende do nascimento até aproximadamente os seis anos de

idade, faixa etária considerada neste trabalho como crucial no estabelecimento da saúde mental. Klein (1952a) deixou claro o valor desta etapa da vida: “A neurose infantil, tal como a vejo, começa portanto no primeiro ano de vida e chega a um fim quando, com o início do período de latência, alcançou-se a modificação das ansiedades arcaicas” (p.105).

A superação da neurose infantil, como fica evidente, só é possível com “a modificação das ansiedades arcaicas”. De uma só vez, pode-se dizer, a partir das palavras de Klein, que as bases da saúde mental são construídas nestes primeiros anos de vida e com a transformação psíquica conseguida pela integração do ego e síntese do superego. As ansiedades predominantes têm seu conteúdo modificado graças à diminuição da severidade do superego e de sua assimilação pelo ego, quando a estrutura superegóica arcaica dá lugar a uma consciência moral. Como já foi dito antes, fatores internos e ambientes concorrem para este desfecho.

A mudança na natureza da ansiedade figura entre as grandes aquisições do progresso no desenvolvimento mental, o que ocorre com a superação da neurose infantil. Este grande trunfo dá a criança uma série de ganhos que consolidam sua saúde mental, o que novamente é atribuído por Klein (1952a), em especial, ao desenvolvimento do superego:

> Vistas à luz das vicissitudes da ansiedade, as mudanças características do início do período de latência poderiam ser assim sumarizadas: a relação com os pais é mais segura; os pais introjetados aproximam-se mais da imagem dos pais reais; seus padrões, advertências e proibições são aceitos e internalizados e, portanto, a repressão dos desejos edípicos é mais efetiva. Tudo isso representa o auge do desenvolvimento do superego, que é resultado de um processo que abrange os primeiros anos de vida (p.112).

O domínio sobre a ansiedade é, sem dúvida, uma função primordial do ego. Porém, esta função egóica só pode ser satisfatoriamente desempenhada com a diminuição da severidade do superego. “Em certa medida, quando o desenvolvimento vai bem, o superego é em grande parte sentido como de ajuda e não opera como uma consciência tão severa” (Klein, 1958, p.274). Ademais, segundo Klein, o desejo de ser protegido e submetido a proibições por um objeto idealizado, como forma de conter os impulsos destrutivos, é levado a cabo pelo superego, que, desta forma, cria uma espécie de suporte que dá sustentação e segurança às investidas do bebê em direção a um desenvolvimento mais seguro, bem como protege o mesmo contra as ansiedades persecutórias:

> ... o desejo infantil por um seio sempre-presente e inesgotável inclui o desejo de que o seio possa liquidar ou controlar os impulsos destrutivos do bebê, e, dessa maneira, proteger seu objeto bom, bem como salvaguardar o bebê contra ansiedades persecutórias. Essa função pertence ao superego (Klein, 1958, p.274).

Com a superação da neurose infantil, quando começa o período de latência, o superego funciona de modo mais organizado e menos severo, e a parte mais inconsciente e arcaica sofre repressão e é projetada no ambiente externo (Klein, 1958).

O sucesso no desenvolvimento em direção à saúde mental, ou seja, na integração e síntese do ego e superego, depende em grande parte do sucesso na cisão entre o objeto bom e mau, entre o amor e o ódio. “Quando tal divisão não é muito rígida, sendo porém suficiente para diferenciar o bom do mau, ela é , a meu ver, um dos elementos básicos para a estabilidade e a saúde mental” (Klein, 1958, p.276). O ego, desta forma, fica mais fortalecido e menos suscetível às ansiedades persecutórias, já que a integração leva ao domínio da pulsão de vida sobre a pulsão de morte.

O fortalecimento da libido genital traz conseqüências benéficas para o desenvolvimento mental. “Quando isso ocorre, como vimos, o ego está mais integrado”

(Klein, 1952a, p.110), o que favorece uma maior adaptação à realidade e uma maior participação da consciência. “O superego também está mais integrado” (Klein, 1952a, p.110), bem como há uma síntese dos processos inconscientes e a separação entre inconsciente e consciente fica mais clara. Desta forma, a repressão é usada pelo ego contra impulsos que não são tolerados pela consciência, fator fundamental para a manutenção da estabilidade psíquica. Mais uma vez, Klein (1952a) explica que este expediente só se torna possível pela melhor relação entre o superego e o ego:

> As exigências do superego para manter fora da consciência certos impulsos de natureza tanto agressiva quanto libidinal são mais facilmente correspondidas pelo ego, já que este progrediu tanto em termos de integração quanto em termos de assimilação do superego (p.111).

Este processo de integração e síntese não livra a mente de suas camadas mais profundamente inconscientes, onde coexistem figuras aterrorizantes movidas por impulsos destrutivos. Estas, como conseqüência da passagem da posição esquizo-paranóide para a posição depressiva, ficam separadas da parte mais organizada da mente e continuam a ameaçar a estabilidade alcançada pelo ego. A coexistência, dentro da mente, de partes tanto organizadas e movidas pela vida, quanto arcaicas e destrutivas, é que dá ao modelo kleiniano de saúde mental seu aspecto fluido. Entretanto, a forma de lidar com a ameaça descrita acima é que diferencia, em larga escala, uma mente saudável de uma mais frágil e desestruturada. Quando o ego está identificado com um objeto bom firmemente estabelecido, o perigo vindo do inconsciente é enfrentado de modo a garantir a estabilidade mental (Klein, 1958).

Vale lembrar que a internalização e consolidação de um objeto bom no ego dependem do modo como o superego se desenvolveu e do seu grau de síntese, o que por sua vez resulta das transações do bebê com a realidade. O fracasso no estabelecimento do objeto bom interno, que leva a formação de mentes perturbadas, é descrito por Klein (1958) em

termos de sua estrutura superegóica. Ao falar sobre a estrutura mental de esquizofrênicos, ela comenta: "... podemos ver mais claramente que, nestes, o superego se torna quase que indistinguível de seus impulsos destrutivos e de seus perseguidores internos" (p.277).

O risco de colapso no self e a ocorrência de processos psicopatológicos estão diretamente ligados ao nível de transformação conseguido no superego. Caso permaneça uma estrutura arcaica, indiferenciada dos impulsos destrutivos, o destino é a psicose; por outro lado, a transformação do superego arcaico em consciência moral, com a necessária e moderada cisão entre bom e mau, e a prevalência da pulsão de vida sobre a pulsão de morte, leva à distinção entre o superego e os perseguidores internos, com seus impulsos destrutivos. O caminho para a saúde mental está pavimentado. A cisão (entre bom e mau) não muito intensa no começo da vida, e a síntese e integração (do ego e superego) num estágio posterior, são condições básicas para o desenvolvimento normal (Klein, 1960).

Num breve trabalho de 1942, em que Klein comenta de forma não-técnica sobre a formação e desenvolvimento do superego aparecem trechos que mostram a importância da integração do superego para a estabilidade psíquica; "Quando os vários aspectos do superego tornam-se unificados (que é o que acontece com pessoas maduras e equilibradas), o sentimento de culpa não desaparece, mas integra-se na personalidade, juntamente com o meio de contrabalançá-lo" (p.362). Caso contrário, o sentimento de culpa torna-se insuportável e um desenvolvimento anormal tem curso.

Em outra passagem deste mesmo trabalho, Klein (1942) volta a enfatizar a importância do superego e sua integração com o ego para o alcance do maior bem resultante da saúde mental: a felicidade e a satisfação. Ela afirma:

> A harmonia e o equilíbrio mental – e, além disso, a felicidade e a satisfação – significam que o superego foi integrado pelo ego; o que, por sua vez, significa que os conflitos entre o superego e o ego diminuíram bastante, e que estamos em paz com o superego (p.364).

Estar em paz com o superego é, em grande medida, o que Klein defende ser uma das principais tarefas da criança na busca por um desenvolvimento mental mais saudável e uma vida mais feliz e harmônica, tanto interna quanto externamente.

3.3 A Prevenção Possível

Desde seus primeiros escritos, na década de 20, Klein demonstrou preocupação constante com o curso do desenvolvimento mental infantil, tanto para explicar as características de um percurso saudável, quanto para esclarecer as conseqüências da prevalência de processos patológicos. Em relação a estes últimos, o aprofundamento de seus estudos e a riqueza de seus achados provou que o transtorno mental firma suas bases muito cedo e se faz sentir de modo dramático e, muitas vezes, irreversível. A experiência da autora no atendimento a crianças que sofriam de uma variedade de problemas emocionais deu a Klein uma rica vivência, como também fez aumentar suas aflições e angústias quanto às conseqüências de um desenvolvimento emocional mal-sucedido. A compreensão que foi alcançada com a formulação gradativa do modelo teórico sobre o desenvolvimento e funcionamento psíquico motivou Klein, em diversas passagens de sua obra, a fazer uma defesa entusiasmada do poder do conhecimento psicanalítico para prevenir os sofrimentos que ela tantas vezes testemunhava em seu consultório.

Em praticamente toda sua obra há referências diretas ou indiretas à importância da intervenção preventiva de base psicanalítica. É verdade que seu entusiasmo sofreu variações

no decorrer de seu percurso intelectual. Mas sem dúvida, a prevenção nunca deixou de ser um tema constante e debatido por ela.

Apesar das evidências que podem ser extraídas a partir de um exame dos escritos de Klein sobre o lugar da prevenção em sua obra, uma análise mais detalhada foi feita para, além de demonstrar que o modelo kleiniano permite e contempla a defesa da prevenção em saúde mental na infância, encontrar evidências sobre a possível aplicação das idéias de Klein à prevenção primária, tanto quanto a secundária e terciária, estas últimas mais evidentes e reconhecidas. Ainda dentro desta perspectiva, verificar a compatibilidade do modelo kleiniano com a intervenção preventiva em seus três níveis: universal, seletivo e indicado.

As tarefas descritas acima estão em sintonia com o objetivo geral deste trabalho, qual seja, o de verificar a existência de uma noção kleiniana de prevenção, e um dos objetivos específicos: identificar concepções kleinianas que apontem para a prevenção primária.

Em diversas partes deste trabalho foram feitos levantamentos de opiniões e análises que demonstraram defesas explicitas aos esforços preventivistas, bem como restrições severas e críticas taxativas. É desnecessário retomar aqui cada uma das idéias apresentadas sobre este tema polêmico, já que esta tarefa já foi suficientemente realizada. Ao invés disso, foram colhidas opiniões de Klein em várias etapas de sua obra e analisadas à luz do que foi revisado na literatura sobre o assunto.

Em seus primeiros escritos, Klein demonstra um vigoroso otimismo em relação à possibilidade de prevenir os transtornos mentais. Num trabalho publicado em 1921, “O desenvolvimento de uma criança”, ela se refere a um caso de “educação com feições analíticas”, ao invés de descrever o atendimento dado à criança como sendo um tratamento psicanalítico. Somente mais tarde, no prefácio à “Psicanálise de crianças”, Klein (1948) refere-se ao caso como o início de sua técnica analítica. Desde suas primeiras incursões, Klein vislumbrava a possibilidade de ajudar crianças além da oferta de tratamento psicanalítico.

Neste trabalho escrito em 1921, Klein dedica boa parte dele à discussão sobre o valor e a utilidade da educação psicanaliticamente orientada como forma de agir psicoprofilaticamente. São dadas recomendações aos que cuidam de crianças e informações que devem ser associadas ao tratamento psicanalítico. Klein (1921) indaga sobre os resultados destas informações para a profilaxia, e responde: "O resultado mais óbvio e imediato desse conhecimento será acima de tudo evitar os fatores que a psicanálise nos ensinou a considerar extremamente danosos à mente das crianças" (p.47). Orientações sobre a relação com os pais, a atitude do adulto diante das curiosidades sexuais da criança, suas necessidades afetivas, enfim, um conjunto de recomendações que auxiliariam na educação dos pequenos são expostas.

Uma defesa enfática é apresentada:

> ... estas exigências educacionais podem ser postas em prática (já tive a oportunidade de me convencer diversas vezes disso) e que elas trazem resultados excelentes, além de um desenvolvimento mais livre em diversos aspectos. Os ganhos seriam enormes se fosse possível adotá-las como princípios gerais da educação (p.48).

A crença em princípios gerais que ajudariam a dar mais consistência e qualidade ao estilo de educar e nos seus efeitos benéficos sobre o desenvolvimento infantil está presente em praticamente todo o trabalho. Ressalvas são apontadas no que tange às disposições neuróticas que estão presentes no bebê desde os primeiros dias de vida, e que não respondem tão favoravelmente às recomendações educacionais. Ainda assim, Klein enfatiza os resultados positivos alcançados por ela e descritos no caso ilustrado neste trabalho: "No caso discutido em detalhes na primeira parte deste trabalho, as benéficas medidas educacionais ... foram aplicadas com bons resultados ..." (p.49)

A educação é reconhecida como problemática e necessitando de reformulação e complemento. A união entre psicanálise e educação aparece como promissora para os

propósitos de uma infância saudável: “A psicanálise agiria apenas como um auxílio para a educação – como um complemento – deixando intocados os fundamentos que até hoje são considerados corretos” (Klein, 1921, p.68). E os benefícios seriam ainda maiores no caso de crianças menores, as quais estão mais livres da repressão da educação tradicional e mais próximas do inconsciente.

A própria análise é vista também como tendo efeitos profiláticos no futuro das crianças submetidas cedo ao tratamento. O efeito seria uma forma de proteção que ajudaria no enfrentamento de situações difíceis e na superação de inibições.

É verdade que uma observação, acrescentada em 1947, ao trabalho que aqui é analisado, colocou em dúvida a validade das afirmações de Klein sobre os benefícios de uma educação psicanaliticamente orientada. Nesta observação, ela adverte: “Assim, talvez seja melhor mencionar que, se neste momento eu fosse dar alguma sugestão a respeito da educação, eu ampliaria e modificaria consideravelmente as opiniões contidas neste trabalho” (p.75).

Não fica claro que alterações Klein gostaria de fazer ao que havia escrito na época sobre a educação. Trabalhos posteriores esclarecem melhor o ponto de vista da autora sobre educação e prevenção, temas intimamente relacionados.

Num texto de 1923, Klein (1923b) analisa o papel da escola no desenvolvimento infantil e mostra cautela ao abordar a importância do professor nesta tarefa. Ela explica que a atitude compreensiva do professor pode ajudar a criança a diminuir sua inibição diante da figura ameaçadora e castradora que ele muitas vezes representa, mas quando há repressão intensa da atividade genital, a análise é a melhor alternativa. Isto faz supor que existe a possibilidade de uma intervenção preventiva primária, por meio do cultivo de relações baseadas na compreensão, o que evitaria formas severas de inibição do desenvolvimento

emocional e intelectual; e uma intervenção preventiva secundária, com a recorrência à análise como forma de combater os efeitos de uma repressão desmedida.

Em outro trabalho escrito no mesmo ano, Klein (1923a) comenta algumas idéias de Freud sobre o papel dos educadores em busca da profilaxia e destaca o efeito pouco eficaz da educação diante do fator constitucional: "Não podemos, portanto dar um valor exagerado à chamada educação analítica, apesar de termos a obrigação de fazermos tudo ao nosso alcance para evitar danos mentais à criança" (p.128). Ainda que Klein voltasse a defender o valor da análise muito cedo, a advertência de que se deve fazer tudo ao alcance para evitar danos à criança, abre possibilidades para a prevenção, mesmo considerando sua eficácia relativa. Aqui vale lembrar a máxima de Edmund Burke: "Ninguém comete erro maior do que não fazer nada porque só pode fazer pouco".

Os recursos da psicanálise podem e devem ser colocados a serviço da infância saudável. Seu potencial é grande na compreensão e previsibilidade do curso do desenvolvimento mental. "A psicanálise nos oferece os meios para fazer isso. E ainda faz mais: ela não só pode calcular o desenvolvimento futuro da criança, mas também pode modificá-lo, dirigindo-o para canais mais adequados" (Klein, 1927b, p.213). É evidente a crença de Klein no caráter previsível e generalizante do arcabouço psicanalítico em geral, e do modelo kleiniano em particular. Seu alcance, na visão da autora, não deve ficar restrito aos indivíduos, mas ser estendido a toda humanidade. O modo como a psicanálise encara e compreende as pulsões agressivas e libidinais traria benefícios diretos para a sociedade e contribuiria na diminuição de conflitos internos e externos. Numa defesa explícita da intervenção preventiva universal, Klein (1933) afirma: "Diante desses fatos, não se pode deixar de imaginar se o âmbito de atuação da psicanálise não está destinado a ir além do indivíduo e influenciar a vida da humanidade como um todo" (p.294).

A intervenção preventiva universal, de caráter impessoal, voltada para populações inteiras e tendo como foco a promoção da saúde (Simon, 1989; Mrazek e Haggerty, 1994), encontra pontos em comum com as assertivas kleinianas apresentadas aqui. É verdade que Klein acreditava, neste momento, que a análise de crianças pequenas cumpria esta função preventiva universal. Porém, as perspectivas de um trabalho preventivo primário com base no conhecimento adquirido pela psicanálise são evidentes. E a inviabilidade de oferecer tratamento psicanalítico para grandes populações exige a busca por alternativas mais adequadas à realidade brasileira.

As orientações e esclarecimentos dados por Klein sobre o desmame denotam a utilidade do conhecimento psicanalítico para ajudar mães em geral na importante e sensível tarefa de desmamar seus filhos. "O que podemos fazer para ajudar a criança numa tarefa tão difícil?" (p.337), pergunta Klein (1936). Ela aponta uma série de recomendações que apresentam um caráter explícito de prevenção primária universal, pois podem ser adotadas pelas mães em geral no trato com seus filhos. O desmame, como é de conhecimento notório, figura entre os grandes momentos de crise e transformação no desenvolvimento emocional, para a psicanálise kleiniana. E intervir com orientações num momento tão sensível pressupõe a crença na prevenção primária universal. Este assunto será retomado quando da abordagem dos fatores protetivos e de risco.

As razões para se defender a aplicação da prevenção primária com base na psicanálise kleiniana podem ser extraídas do trabalho de Apolito (1978). O autor afirma que os transtornos mentais são "pandêmicos" por se encontrarem presentes em estado latente, em todas as pessoas "normais". Klein (1932a), ao falar das dificuldades presentes no desenvolvimento de qualquer criança, afirma que as mesmas são neuróticas em essência, o que significa dizer que todas as crianças passam por uma neurose em grau moderado:

> Já que a psicanálise mostrou-se ser o meio mais eficaz de remover as neuroses de adultos, parece lógico fazer uso dela para combater as neuroses das crianças e, além disso, verificando que toda criança atravessa uma neurose, aplicá-la a todas as crianças (Klein, 1932a, p.121).

O pressuposto de que processos patológicos existem em estado latente em todas as pessoas, concorda com as idéias fundamentais da psicanálise quanto à influência de impulsos inconscientes destrutivos e libidinais no todo da personalidade e por toda a vida, como também guarda semelhanças com a teoria das posições de Klein. No caso desta última, pressupõe-se a existência de núcleos psicóticos que se encontram em estado latente no inconsciente e são dominados pela parte estruturada e organizada da personalidade. Deste modo, a prevenção primária volta-se para todas as pessoas, com a finalidade de criar condições ambientais e recursos psicológicos que auxiliem na tarefa de manter o equilíbrio e o controle, através do afastamento, controle ou eliminação dos fatores de risco, e a promoção dos fatores protetivos.

As outras razões para a defesa da prevenção primária, segundo Apolito (1978) são: uma raiz comum para variados transtornos mentais; a vulnerabilidade presente em todas as crianças, que varia de acordo com a predisposição hereditária; e, por fim, a existência de uma equação que leva a evolução dos transtornos mentais: predisposição hereditária a um agente patogênico, severidade da exposição, e idade em que o impacto da exposição foi maior.

Alguns dos conceitos principais da teoria kleiniana ajudam a confirmar estas razões. Tomando como base a idéia da existência de uma equação que, dependendo do papel de seus elementos aproxima ou afasta a criança da saúde mental, pode-se dizer que a predisposição hereditária diz respeito à influência das pulsões de vida e de morte desde o início da vida. Klein sempre acreditou que a força destas pulsões é um fator hereditário. Portanto, algumas crianças são mais ou menos predispostas a responder adequada ou inadequadamente a um agente patogênico. O agente patogênico, por sua vez, representa, no modelo kleiniano, o papel

desestruturador e hostil que o ambiente pode ter quando se apresenta excessivamente frustrador e privador das necessidades mais básicas do bebê. A combinação de uma predisposição para suportar muito pouco as frustrações, com um ambiente frustrador, compõe a equação da evolução do transtorno mental. Somado a isto, se a criança é exposta a esta combinação em idade em que se encontra vulnerável, seu desenvolvimento estará certamente comprometido. O fator idade, último componente da equação, remete a discussão para os períodos considerados críticos ou sensíveis do ponto de vista do modelo kleiniano. Os primeiros dias e meses (primeiros três ou quatro meses) são certamente sensíveis para o bebê (posição esquizo-paranóide); a passagem da posição esquizo-paranóide para a posição depressiva (entre os quatro e os seis meses) também. Enfim, o primeiro semestre de vida é um período que exige cuidados redobrados no que se refere ao desenvolvimento emocional.

Esta equação explica a evolução do transtorno e da saúde mental. Os círculos viciosos descritos inúmeras vezes por Klein tanto para descrever um desenvolvimento mal-sucedido, quanto para explicar um percurso favorável, são um exemplo de como as razões apresentadas por Apolito (1978) para defender a prevenção primária encontra ressonância no modelo kleiniano.

A intervenção preventiva seletiva, que se aplica a indivíduos ou grupos específicos expostos a fatores de risco biológicos, psicológicos ou sociais (Mrazek e Haggerty, 1994), o que Simon (1989) chama de proteção específica, encontra espaço para aplicação dentro da perspectiva da equação citada anteriormente. Os fatores de risco biológicos estão relacionados à predisposição hereditária; os psicológicos ao fator idade, pois engloba variáveis psicológicas que determinam a vulnerabilidade do sujeito; e os sociais aos agentes patogênicos, geralmente dados pelo ambiente social em que o sujeito está inserido. Assim sendo, indivíduos ou grupos que reúnem elementos dispostos na equação de modo a aumentar a probabilidade do desenvolvimento do transtorno mental são o alvo das intervenções preventivas seletivas.

Mesmo no caso da intervenção preventiva indicada, Klein discorre sobre uma série de sintomas leves e marcas biológicas que indicam uma predisposição para o desenvolvimento de transtornos mentais. Com freqüência, analisa estes possíveis desdobramentos desfavoráveis e alerta para a necessidade de agir antes da predisposição se transformar em transtorno. Esta é a mais clara expressão da intervenção preventiva indicada.

No que se refere à raiz comum para variados transtornos mentais, também é possível encontrar conceitos no modelo kleiniano que dão fundamento a esta assertiva. As pulsões de vida e de morte, tão comentadas por Klein, têm papel central no desenvolvimento mental e ajudam a dar uma base comum para a etiologia dos transtornos mentais. Em diversas passagens de seus escritos, há uma referência constante à prevalência dos impulsos destrutivos sobre os libidinais, como base comum presente em todos os transtornos mentais. A partir desta base, os desdobramentos podem ser amplamente variados e provocar o surgimento de uma gama de psicopatologias. Porém, a predominância dos impulsos destrutivos está invariavelmente presente. Como conseqüência, os esforços em busca da recuperação do equilíbrio psíquico ou do alcance da saúde mental, passam necessariamente pela mitigação dos impulsos destrutivos e de seus efeitos sobre os processos psíquicos. Pode-se acrescentar que, ao lado do objetivo comum de evitar a supremacia da pulsão de morte, como complemento e conseqüência, deve-se perseguir as condições que possibilitem a internalização do objeto bom, básica para a saúde mental.

A idéia da raiz comum e da predisposição latente, presente em todos os seres humanos, dá base para uma intervenção preventiva universal. As medidas de prevenção universal, guiadas a todos, devem mirar no que há de comum nas pessoas e combater os fatores que possibilitam o desenvolvimento desta raiz comum. Em outras palavras, a intervenção preventiva universal deve estar voltada para a finalidade de impedir a predominância da pulsão de morte sobre a pulsão de vida e, assim, favorecer a internalização

do objeto bom. Algumas ressalvas feitas pela própria Melanie Klein alertam que, às vezes, mesmo as melhores condições ambientais não conseguem garantir este desfecho. Mas parece que se trata de uma exceção. Assim, continua havendo espaço para atuação preventiva e para a busca de uma condição mais favorável de crescimento e desenvolvimento que livre a criança do sofrimento desnecessário e desestruturante.

Do que se conhece a respeito da teoria kleiniano, pode-se asseverar que há elementos para apoiar a intervenção preventiva universal, a seletiva e a indicada. No caso da primeira, as bases gerais sobre as quais se ergueram as formulações psicanalíticas garantem a possibilidade da generalização e da universalização das iniciativas preventivas. A influência do inconsciente, a inevitabilidade do complexo de Édipo, a existência de núcleos psicóticos latentes, o interjogo entre as pulsões de vida e de morte, são concepções que dão uma visão geral do homem e de seu funcionamento mental. Grosso modo, se existe uma base geral que todos os seres humanos compartilham, então há espaço para princípios gerais de aplicação universal.

Já em relação às últimas, quase todo material produzido por Klein para explicar as interações do bebê com o ambiente e com suas pulsões instintivas, bem como as concepções sobre a dinâmica psíquica e as conclusões sobre o comportamento dos bebês, tudo isso reúne material suficiente para a defesa da intervenção preventiva seletiva e indicada. Quando Klein analisa exaustivamente as condições que são oferecidas ao bebê pelo ambiente social e seus efeitos sobre seu psiquismo, ela está, na verdade, estudando os fatores de risco sociais. Quando analisa os efeitos das pulsões de vida e de morte sobre a dinâmica psíquica e sobre as transações com o ambiente, ela está abordando os fatores de risco biológicos e sua influência sobre os fatores de risco sociais. Quando ela analisa a evolução dos processos psíquicos durante o desenvolvimento, está enfocando os fatores de risco psicológicos e sua interação com os outros fatores de risco: “O montante de minhas observações convenceu-me de que o

impacto dessas experiências externas é proporcional à força constitucional dos impulsos destrutivos inatos e das ansiedades paranóides decorrentes" (Klein, 1957, p.262).

Nesta explicação sobre os fatores envolvidos no surgimento e evolução do sentimento de inveja, podem ser encontrados todos os elementos da equação citada anteriormente: as experiências externas (fator social), a força constitucional dos impulsos destrutivos (fator biológico), e as ansiedades paranóides (fator psicológico).

Dependendo do ponto de vista que é adotado, a ênfase recai sobre os fatores protetivos ou de risco: se for para explicar a saúde mental, o foco são os fatores protetivos, aqueles que promovem a saúde mental; se for para explicar a evolução do transtorno, o alvo são os fatores de risco, que podem provocar a doença.

Apesar do peso do fator biológico (constitucional) no resultado da equação, do ponto de vista do modelo kleiniano, os outros fatores continuam a ter papel essencial no destino do desenvolvimento mental:

> A existência dos fatores inatos, referidos acima, aponta para as limitações da terapia psicanalítica. Embora eu perceba isso plenamente, minha experiência ensinou-me que, não obstante, nós podemos produzir mudanças fundamentais positivas em vários casos, mesmo com uma base constitucional desfavorável (Klein, 1957, p.262).

Esta conclusão, que se aplica ao alcance da terapia psicanalítica, pode ser estendida aos esforços das intervenções preventivas. Mesmo com um dos fatores da equação se revelando desfavorável, ainda que com relevante peso na influência sobre o todo, a finalidade deve ser sempre "produzir mudanças fundamentais e positivas".

No trabalho de 1952, "Sobre a observação do comportamento de bebês", Klein faz uma descrição rica e detalhada do que se observa nos bebês nos primeiros meses de vida, e oferece uma série de explicações sobre as várias possibilidades na interação entre a criança e

seu meio, que se revela como uma fonte valiosa para orientar o desenvolvimento da criança e prevenir problemas. São apresentadas situações e construídos hipoteticamente diversos contextos que ajudam a identificar fatores protetivos e de risco: "Procurei mostrar que, através da observação cuidadosa de bebês muito novos, podemos obter algum *insight* sobre sua vida emocional assim como indicações de seu desenvolvimento mental futuro" (Klein, 1952b, p.143).

A observação de bebês auxilia na compreensão de suas necessidades e no modo como evoluem seus processos psíquicos. Assim, é um poderoso instrumento de aprendizagem para os que pretendem agir preventivamente. É possível, desta forma, aproximar o adulto das vicissitudes do mundo mental infantil, permitindo que ele se identifique com o pequeno infante e responda melhor aos seus apelos:

> Uma percepção mais plena e mais geral das ansiedades e necessidades emocionais do bebezinho diminuirá, portanto, o sofrimento na infância e assim preparará o terreno para uma maior felicidade e estabilidade na vida futura (Klein, 1952b, p.143).

As palavras de Klein fazem crer que talvez a observação de bebês tenha sido o protótipo do trabalho em prevenção primária dentro do terreno psicanalítico. Pode-se supor que, considerando o papel da reparação enquanto mecanismo que busca a preservação do objeto, a prevenção seria uma espécie de reparação a priori, pois a ação ocorre antes do dano. A atitude preventiva seria uma predisposição para agir movido pela necessidade de garantir ao objeto condições ótimas para evitar o ataque dos objetos maus, ou fortalecê-lo para enfrentá-los.

Em resumo, pode-se falar com segurança que existe uma noção kleiniana de prevenção que aponta para a prevenção primária e para as intervenções preventivas universais e seletivas e indicadas.

Não se pode perder de vista a recomendação de se evitar uma atitude onipotente (Cassorla, 2001). Porém, deve-se aproveitar "os insumos e formas de pensar provenientes da experiência psicanalítica" (Portolese, 2001, p.752) e o conhecimento acumulado sobre a importância das primeiras experiências (Emde, 1988). O público em geral deve ser educado sobre as idéias psicanalíticas, ainda que com o risco de provocar algumas conseqüências negativas resultantes da aproximação entre psicanálise e prevenção primária (Hoffman, 2000, 2003). Problemas de comportamento podem ser abordados precocemente, com a orientação de pais, professores e instituições sociais, levando em conta as reais necessidades da criança (Mohacsy, 1983). Os esforços educacionais devem ser dirigidos a ações que se baseiem no equilíbrio entre a não-interferência e a frustração (Barros, 1996). A aplicação dos conhecimentos psicanalíticos em educação (como também em saúde), distante da atividade clínica, impõe o desafio de manter uma atitude ética que impeça a manipulação e a coisificação do ser humano e que considere e respeite sua individualidade (Cassorla, 2001).

O ponto de convergência entre a psicanálise e a prevenção está no foco sobre a infância inicial, e não sobre o sintoma, pois "O mal estar é de origem... Assim, prevenção leva em conta que o transtorno humano é de origem" (Motta, 2002, p.113).

A célebre frase de Freud (1919) "fundir o ouro puro da análise livre com o cobre da sugestão direta" merece ser reconsiderada e assumida como uma espécie de profecia. Nos dias atuais, encontrar e desfrutar do ouro puro é tarefa das mais raras, árduas e restritas. A análise livre está distante de ser uma resposta adequada às urgências que emergem das estatísticas psiquiátricas, a não ser para um número muito reduzido de beneficiados, o que não atende de longe as necessidades de saúde pública. A sugestão em forma de orientação, informação e partilha de conhecimentos, com vistas à sustentação das intervenções preventivas primárias, pode não apenas ser "fundida" às intervenções clínicas, mas antecipá-las.

Retomando Freud (1937), ele afirma a respeito dos objetivos do tratamento psicanalítico: “A missão da análise é garantir as melhores condições psicológicas possíveis para as funções do ego”. Do que foi analisado até aqui sobre a saúde mental e a prevenção, do ponto de vista kleiniano, pode-se dizer que as melhores condições psicológicas estão relacionadas à transformação do superego e sua assimilação pelo ego, as quais podem ser perseguidas por meio de intervenções preventivas universais, seletivas e indicadas.

3.4 Fatores Protetivos e Fatores de Risco

Uma vez definida a concepção de saúde mental, com base nos preceitos kleinianos, como sendo um estado fluido que é alcançado com a integração do ego e síntese (transformação) do superego, e que o resultado é uma personalidade mais resiliente e com competência sócio-emocional, a questão que se coloca é: qual o papel dos fatores de risco e protetivos no alcance ou distanciamento deste estado, e qual a relação entre eles e as diferentes modalidades de intervenção primária? A discussão desenvolvida até aqui mostrou que é possível falar em prevenção com base na teoria kleiniana, e que a prevenção primária, por meio das intervenções preventivas universais, seletivas e indicadas, é legitimada pelos conceitos do modelo kleiniano. Para responder a esta questão, é preciso resgatar a análise feita sobre os fatores protetivos e de risco do ponto de vista da obra de Klein, e relacioná-los às diferentes formas de intervenção preventiva. Assim, é possível identificar quando a intervenção deve ocorrer, e qual modalidade é a mais adequada.

Antes, porém, cabe acrescentar uma consideração a esta análise sobre a existência e utilidade dos fatores de risco e protetivos, para aumentar a consistência desta discussão e sua

convergência com os pressupostos que dão identidade a visão kleiniana do desenvolvimento mental.

Muito se disse a respeito do peso dado por Klein aos fatores internos e externos e seu papel no desenvolvimento mental. Análises pouco rigorosas tendem a considerar a visão kleiniana como demasiadamente intimista e pouco sensível às contingências ambientais. Alguns asseveram ainda que Klein dava pouca importância à realidade externa e prestava atenção em excesso às vicissitudes do mundo interno e aos processos psíquicos envolvidos. Caso estas posições estivessem corretas, seria impossível falar em prevenção, muito menos primária, nem na possibilidade de identificar e manipular fatores protetivos e de risco, uma vez que a pouca consideração pela realidade externa tornaria improvável um investimento nas transações entre a criança e seu ambiente social, e na possibilidade de atribuir importância ao papel da intervenção externa.

O caminho percorrido até aqui, atravessando a teoria kleiniana, levou ao acúmulo de evidências que legitimam tanto o projeto preventivista quanto a visão interacionista de homem. O conhecido trabalho de 1937, "Amor, culpa e reparação", reúne um conjunto de idéias sobre a intensidade e importância das interações entre a criança e o ambiente social em que está inserida. Os pais, os amigos, a escola, o trabalho, são todos abordados e colocados em íntima interação com os processos psíquicos, como fazendo parte do contexto sobre o qual tem curso o desenvolvimento psicológico:

> Procurei deixar claro que parte daquilo que amamos em nós mesmos é formado por tudo o que acumulamos através de nossas relações com pessoas externas, pois essas relações – assim como as emoções ligadas a elas – acabaram se tornando uma posse interna (Klein, 1937, p.382).

As relações que têm curso desde muito cedo entre o bebê e as pessoas que cuidam dele são a base sobre as quais se constrói boa parte dos objetos que compõem o mundo interno.

Este cenário íntimo, subjetivo e interno, que representa a realidade psíquica, é menos o resultado de uma construção interna do que uma contínua transformação que resulta de transações intersubjetivas.

Conforme foi evoluindo o pensamento kleiniano, e os progressos da teoria das posições ganhou espaço, a importância dos fatores externos e a ênfase sobre a interação dos mesmos com fatores internos se consolidaram. Ao se referir à passagem da posição esquizo-paranóide para a posição depressiva, crucial no desenvolvimento emocional, Klein (1946) afirma que "As experiências externas são naturalmente de grande importância nesses desenvolvimentos" (p.34). As repercussões destas experiências e dos fatores externos sobre a consolidação da posição depressiva e o afastamento do modo de funcionamento esquizo-paranóide são destacadas:

> Os fatores externos desempenham um papel vital desde o princípio, já que temos razões para supor que todo estímulo ao medo persecutório reforça os mecanismos esquizóides, isto é, a tendência do ego para cindir a si mesmo e ao objeto, enquanto toda experiência boa fortalece a confiança no objeto bom e contribui para a integração do ego e para a síntese do objeto (Klein, 1952a, p.91).

A subordinação do processo de desenvolvimento ao fator externo fica evidente desde o nascimento. Usando os conceitos de "fator de risco" e "fator protetivo", pode-se dizer que "todo estímulo ao medo persecutório" pode representar um fator de risco, pois estimula o uso de mecanismos esquizóides e aumenta a presença dos impulsos destrutivos, estes últimos entendidos como raiz comum dos transtornos mentais; por outro lado, "toda experiência boa" pode representar um fator protetivo, por contribuir para o que, neste trabalho, e corroborado nesta afirmação de Klein, leva a uma das condições para o alcance da saúde mental: a integração do ego. Afirma-se que "pode representar", porque a complexidade do desenvolvimento exige certa relativização, o que não significa abandonar esta lógica.

Klein (1952a) lembra que a realidade externa não pode, em hipótese alguma ser desconsiderada ou relegada ao papel de coadjuvante. Entretanto, o fator interno, constitucional, de caráter quantitativo (intensidade da pulsão) e qualitativo (de vida ou de morte), é igualmente colocado como central na interação:

> As circunstâncias externas sem dúvida influenciam bastante o que vai predominar na relação do bebê com o seio, se os sentimentos de frustração ou os de gratificação; mas não há muita dúvida de que os fatores constitucionais, que influenciam desde o início a força do ego, têm que ser levados em consideração (p.92).

O fator constitucional, como se pode notar, pode representar um fator biológico de risco ou protetivo, dependendo de como ele se apresenta e se consolida, a partir da influência das circunstâncias externas. A predominância dos sentimentos de frustração, que resulta da ação de fatores de risco, tanto internos (pouca capacidade do ego para suportar a privação) quanto externos (a privação propriamente dita), tem grande impacto sobre a relação do bebê com o seio, díade primordial sobre a qual se baseiam todas as relações humanas; o mesmo vale para o predomínio dos sentimentos de gratificação, influenciado por fatores protetivos internos (supremacia da pulsão de vida) e externos (experiência gratificante). Vale lembrar que, ainda mantendo um certo relativismo, tanto a frustração quanto a gratificação podem provocar desdobramentos que fogem a lógica estabelecida acima. Por exemplo, alguma quantidade de frustração é necessária, como já foi dito antes, para forçar o ego a desenvolver recursos que o torne mais forte e resistente às agruras da vida. Por outro lado, experiências de gratificação podem despertar sentimentos excessivos de inveja no bebê. Mesmo considerando estas possibilidades, a lógica estabelecida acima não pode ser abandonada, pois o ego só pode se "beneficiar" da frustração se tiver quantidade suficiente de pulsão de vida para se fortalecer; e a inveja excessiva só virá se o bebê estiver dominado pelas pulsões de morte.

A intervenção preventiva baseada na crença do papel importante dos fatores externos, de risco e protetivos, na consolidação da saúde mental, também considera que sua eficácia é maior quanto mais cedo ela for aplicada. Klein (1952b) acreditava que a criança, mais do que o adolescente ou o adulto está vulnerável à influência das contingências externas:

> ... desde o início da vida pós-natal e a cada estágio fatores externos afetam o resultado do desenvolvimento. Como sabemos, até mesmo em adultos a atitude e o caráter podem ser influenciados favorável ou desfavoravelmente pelo ambiente e pelas circunstâncias, e isso se aplica em grau muito maior às crianças (p. 120-121).

A maior vulnerabilidade da criança e do bebê às circunstâncias externas reforça a crença de que a intervenção preventiva deve chegar cedo.

A atitude da mãe é apontada como fator externo protetivo de inestimável valor para a consolidação da saúde mental ou fator de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais, na relação do bebê com o seio desde o nascimento. "A medida em que a força do ego pode ser mantida e incrementada é, em parte, afetada por fatores externos, especialmente a atitude da mãe em relação ao bebê", explica Klein (1958, p.273). O modo como a mãe cuida do bebê, seu estilo de educar e sua capacidade para receber, traduzir e reagir às identificações projetivas de seu filho são decisivas para classificar a atitude materna como fator de risco ou protetivo.

A teoria da inveja, uma das últimas contribuições de Melanie Klein para o progresso da psicanálise, confirmou o papel central da relação entre o bebê e o seio, bem como a influência de fatores internos e externos, no desenvolvimento psicológico. Em "Inveja e gratidão", Klein (1957) deixa isto muito claro: "Sugeri anteriormente que a voracidade, o ódio e as ansiedades persecutórias em relação ao objeto originário, o seio da mãe, têm base inata" (p.261). O fator interno tem presença inegável muito cedo. Mas, nunca participa sozinho no processo de desenvolvimento: "Um outro fator que, desde o início, influencia o

desenvolvimento é a diversidade de experiências externas pelas quais o bebê passa" (p.262). Mais uma vez, Klein lembra e esclarece que ambos, fatores internos e externos, têm participação decisiva no destino do desenvolvimento psicológico, neste caso com a predominância da inveja ou da gratidão.

Por meio da análise de um trabalho não publicado de Klein ("Notes on baby"), em que ela escreve sobre a observação de seu neto, Aguayo (2002) mostra pontos de convergência entre as idéias de Klein e Winnicott e lembra que Klein insistia sobre a necessidade dos analistas conhecerem melhor a interação entre ansiedades precoces, fantasias e experiências externas, para compreender a importância do fator externo.

Em vários trechos das obras completas de Melanie Klein, a autora tece inúmeros comentários sobre as conseqüências de determinadas experiências infantis sobre o desenvolvimento da personalidade, inclusive conseqüências duradouras, o que reflete uma crença profunda de Klein sobre uma continuidade psíquica no desenvolvimento emocional, o que vale dizer, em outras palavras, acreditar numa certa previsibilidade da conduta futura, ou mesmo predisposição, para expressar comportamentos, sentimentos ou reproduzir vínculos, com base nestas primeiras e intensas experiências. Além de depositar extrema importância sobre os primeiros anos de vida, Klein os coloca como determinantes, impondo uma espécie de marca no sujeito que os vivencia. Esta marca não significaria uma prisão ao passado. Mas uma tendência a reproduzir que impediria uma distinção temporal. Dito de outra forma, a reedição de experiências anteriores transporta o sujeito para um estado em que o passado não se impõe como tal, onde o antes e o durante se misturam (sobrepõem). Uma visão tal como esta pode fazer supor que o ambiente tem influência quase nula sobre o estado das coisas que povoam a mente, as quais se instalaram por força das primeiras experiências, únicos momentos em que as condições ambientes realmente contariam. Apesar de isto ser parcialmente verdadeiro, o que parece contar mais é não somente a qualidade das

experiências, mas a quantidade e continuidade delas. Não são exatamente as primeiras experiências desagradáveis que, em interação com impulsos destrutivos, conduzirão a um desenvolvimento fadado à doença; mais que isso é a constante exposição a estas condições (frustração mais impulso agressivo) e a maneira de interpretá-las que delineia um futuro pouco promissor à pessoa que as vivencia. Fica evidente assim, o caráter dinâmico da teoria estudada aqui e a visão dinâmica da interação sujeito/meio sustentada por Klein.

O aspecto dinâmico e interativo da teoria kleiniana garante sua afinidade com uma abordagem preventivista que considera a importância dos fatores protetivos e de risco, em busca da saúde mental. Cabe então, identificar um modelo que possibilite o uso da teoria de Klein como referência, para a aplicação das diferentes formas de intervenção primária, com base nos fatores de risco e protetivos presentes.

3.5 Convergência entre a Teoria da Adaptação e a Prevenção: o Modelo Psicanalítico-Adaptativo de Ryad Simon

Após a inserção do modelo psicanalítico de Melanie Klein dentro da concepção de saúde mental e do campo da prevenção, da sua aproximação com as propostas de intervenção preventiva universal, seletiva e indicada, e com os conceitos de fatores de risco e protetivos, surge o desafio de conceber um modelo que integre as várias formas de intervenção primária com a identificação e manipulação dos fatores de risco e protetivos, para “fechar” o círculo que favoreça o alcance da saúde mental e a prevenção dos transtornos mentais.

Esta difícil tarefa exige a busca por um modelo que contemple as idéias de prevenção, intervenção e a existência de fatores que interagem aproximando ou distanciando o sujeito da

saúde mental. A proposta de correlação psicanalítico-adaptativa utilizando o modelo da geometria analítica, de Ryad Simon (2005), mostrou-se extremamente útil e eficaz, além de apresentar uma surpreendente capacidade de se aplicar a diferentes propostas de intervenção. Apesar do modelo ter sido idealizado para aplicação em um contexto de atendimento clínico, mais especificamente em psicoterapia breve, suas características moldaram-se facilmente às propostas de intervenção preventiva primária.

Simon (1989) desenvolveu uma teoria da adaptação e um Sistema Diagnóstico Adaptativo Operacionalizado (SISDAO), a fim de oferecer subsídios para a triagem e o encaminhamento preventivo da população universitária de uma escola de medicina. A criação de uma Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO) tornou este sistema adequado para ser aplicado em diferentes populações. Simon (2005) afirma que o conceito mais abrangente deste sistema é o de adaptação:

> Defini adaptação como sendo o conjunto de respostas de um organismo vivo a situações que a cada momento o modificam permitindo a manutenção de sua organização, por mínima que seja, compatível com a vida (p.24).

A busca constante pela adaptação ocorre por meio de estratégias de enfrentamento de situações-problema que podem ser mais ou menos adequadas. A estratégia é considerada "adequada" quando a solução buscada resolve a situação-problema e gratifica o sujeito sem causar conflitos. È considerada "pouco adequada" quando atende a um dos dois critérios de adequação (gratificação e ausência de conflitos). A resposta é "pouquíssimo adequada" quando apenas resolve a situação problema, mas não traz satisfação e gera conflito.

A adaptação do indivíduo, segundo Simon (1989), é composta por quatro setores: afetivo-relacional, produtividade, sócio-cultural e orgânico. Assim, a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO) seria composta pela aplicação dos três conceitos de

adequação ao conjunto de respostas dadas pelo sujeito dentro dos quatro setores da adaptação. O resultado foi a criação de cinco grupos diagnósticos adaptativos que foram classificados segundo o grau de adaptação, como se segue: grupo um: adaptação eficaz; grupo dois: adaptação ineficaz leve; grupo três: adaptação ineficaz moderada; grupo quatro: adaptação ineficaz severa; e, por fim, grupo cinco: adaptação ineficaz grave. A definição do diagnóstico, dentro destes grupos, ajuda a planejar e operacionalizar uma proposta de psicoterapia breve, como também planejar e operacionalizar uma psicoterapia psicanalítica para "quadros medianos" ou "quadros graves" (Simon, 1999).

Este breve resumo da proposta de Simon (1989) serviu para mostrar de modo sucinto algumas das idéias fundamentais da teoria do autor e sua aproximação com a teoria preventiva. Porém, os desenvolvimentos posteriores, ocorridos em seu último trabalho (Simon, 2005), revelaram-se de extrema valia para o objetivo de integrar o modelo kleiniano às idéias de intervenção preventiva primária, por meio da identificação e manipulação de fatores protetivos e de risco. Na introdução do capítulo quatro, "Correlação psicanalítico-adaptativa utilizando modelo de geometria analítica", considerado aqui a grande contribuição para o que será exposto a seguir, Simon (2005) afirma:

> Em meus trabalhos mais recentes (Simon, 1999) tenho procurado dar um 'salto intuitivo' entre a teoria das posições (*esquizo-paranóide e depressiva*) de Melanie Klein e minha Teoria da Adaptação na qual uso minha Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO) (p.63).

O "salto intuitivo" foi dado com a criação de um modelo que aproxima a teoria psicanalítica de Klein com sua teoria da adaptação através da aplicação de conceitos da geometria analítica. Esta construção teórica extremamente criativa foi tomada em sua íntegra e adaptada ao propósito de fazer uma aproximação entre o modelo kleiniano e a proposta de intervenção preventiva primária, por meio de suas aplicações universal, seletiva e indicada.

Simon (2005) lembra uma importante contribuição de Freud, o conceito de *séries complementares*, que dá suporte a idéia da existência de interação entre fatores internos e externos na formação de equações etiológicas. Os fatores constitucionais e ambientais se encontrariam em constante interação, e o resultado seria o desenvolvimento de psicopatologias ou a consolidação da saúde mental.

Usando o modelo cartesiano da geometria analítica plana, Simon transpõe a rica variação na interação entre fatores internos e externos para um gráfico que seria composto por duas linhas (uma horizontal denominada x'x, das abscissas, e outra vertical denominada y'y, das ordenadas) que se cortam perpendicularmente e se cruzam no ponto zero. A linha horizontal representa os fatores internos (constitucionais instintivos) e a linha vertical os fatores externos (ambientais). Admitindo apenas duas unidades quantitativas em cada direção, a título de ilustração, já que as quantidades reais não são conhecidas, a parte à direita e acima do zero cresce positivamente; a parte à esquerda e abaixo do zero cresce negativamente (figura 1).

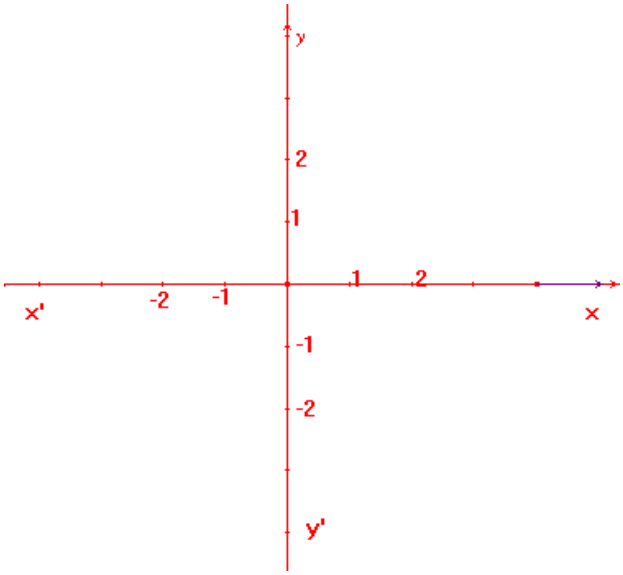

Figura 1. Apresentação gráfica da interação entre os fatores internos e externos.

O esquema inspirado na geometria cartesiana oferece instrumentos que auxiliam o clínico na compreensão do papel dos fatores externos e internos e seu impacto sobre a adaptação do indivíduo, o que garante uma visão diagnóstica do caso clínico. Além disso, segundo Simon (2005), esses instrumentos "... contribuem para o prognóstico de um atendimento psicoterápico, seja ele breve ou psicanalítico" (p.66). Apesar do modelo ter sido criado para amparar as ações do clínico, é possível encontrar destinações úteis também para o profissional envolvido em prevenção primária.

Quando o autor explica que os instrumentos são adequados para fins de diagnóstico e prognóstico, sua última destinação surge como ferramenta condizente com os propósitos da prevenção primária. Como já foi abordado antes, a intervenção preventiva primária se apóia na crença de que, a partir de uma condição dada (combinação de fatores internos e externos), é possível obter alguma previsibilidade de suas conseqüências sobre o desenvolvimento psicológico, o que desencadeia uma série de ações para prevenir suas repercussões indesejáveis, como a ocorrência de um transtorno mental. O prognóstico mais do que o diagnóstico é importante num modelo de atuação em prevenção primária. A proposta de Simon (2005) contempla tanto a possibilidade de analisar o papel dos fatores internos e externos, quanto aponta para uma certa previsibilidade, necessária em qualquer tentativa de compreensão prognóstica.

Alguns conceitos desenvolvidos por Simon (2005) ajudam a dar clareza a esta aproximação. O autor faz uma rica análise do papel de fatores internos e externos na adaptação do sujeito à realidade. De posse destes conceitos, pode-se traçar o caminho para a aplicação do modelo kleiniano à proposta de intervenção preventiva primária. De modo genérico, Simon (2005) define fatores como "fatos que interagem mediados pelo ego, influindo na adequação" (p.33). Estes fatores, do ponto de vista da prevenção, são variáveis determinantes para a avaliação das condições em que o sujeito se encontra e para o prognóstico de seu desenvolvimento psicológico. O autor distingue dois tipos de fatores: internos e externos. Os primeiros são relacionados ao mundo mental do sujeito e sua estrutura orgânica. São subdivididos em fatores internos tensionais, defensivos, objetais e orgânicos. Apesar de não ser oportuno lançar mão de todos estes conceitos aqui, eles são úteis no desenvolvimento de novos trabalhos que aprofundem os conhecimentos disponíveis sobre o papel dos fatores internos e sua interação com os fatores externos. Quanto a estes últimos, são descritos como "situações objetivas que são significativas para o sujeito... Abrangem o conjunto dos fatores ambientais... além das características reais das pessoas implicadas envolvidas nos relacionamentos interpessoais" (p.34). O conjunto dos elementos que fazem parte do ambiente físico e social, e que chamam a atenção do sujeito, estão abrangidos nesta denominação.

Simon (2005) atribui positividade e negatividade aos fatores internos e externos. Pode-se dizer quer, em termos de prevenção primária, a positividade dos fatores externos e internos está relacionada à qualidade de serem protetivos, ou seja, de possibilitarem a consolidação da saúde mental; a negatividade dos fatores, por sua vez, tem relação com a qualidade de serem considerados de risco, o que significa dizer que encaminham o sujeito para o desenvolvimento de transtornos mentais.

A análise da positividade ou negatividade dos fatores internos, segundo o autor, leva a uma maior compreensão sobre "predisposições adaptativas", repertórios de aprendizagem que são armazenados na memória e ajudam a predizer o comportamento.

Para desenvolver sua proposta baseada na geometria analítica, Simon (2005) refere-se aos fatores internos e externos como fatores de adaptação, e restringe os primeiros a o que é constitucional e os últimos a o que é ambiental. Desta forma, os fatores externos podem ser representados por um ambiente acolhedor ou rejeitador. O ambiente é rejeitador quando há predominância dos fatores externos negativos. Simon (2005) esclarece que:

> Não é só o que agride fisicamente (através de maus-tratos e frustrações) ou afetivamente (por meio de retirada do amor). É também o permissivo, que gratifica em excesso, não coloca limites, não impõe disciplina. E, ainda, o que superprotege, não permitindo à criança (ou mesmo ao adulto) enfrentar situações de angústia que são necessárias para desfazer pela 'prova da realidade' (Klein, 1932) os temores fundados mais na fantasia que na realidade (p.71).

Várias possibilidades são levadas em conta para descrever o ambiente rejeitador, incluindo não apenas a privação e frustração excessivas, mas também a permissividade e proteção exageradas. Simon (2005) explica que a constante exposição a estas condições favorece o estabelecimento de relações de objeto externas rígidas, as quais por meio da internalização passam a fazer parte do mundo interno e a influenciar as relações atuais.

O ambiente é considerado acolhedor quando prevalecem os fatores externos positivos, e, como descreve Simon (2005):

> É o ambiente que propicia à criança (e também ao adulto) sentir-se querida e respeitada em sua individualidade. Mas é também o que frustra o suficiente para ensinar a criança (ou o adulto) a respeitar limites. E mais, que encoraja a criança a enfrentar as situações atemorizantes da fantasia e os perigos reais compatíveis com seus recursos, diferenciando-os, e, desse modo, favorece a integração do ego e a evolução para uma adaptação eficaz (p.71).

Mais uma vez a descrição do autor é abrangente e considera tanto o oferecimento de um suporte acolhedor e seguro, quanto o apoio para o enfrentamento de situações difíceis e desafiadoras. Estas condições possibilitam a integração e evolução do ego, o que neste trabalho, e com base na visão kleiniana, é essencial para o estabelecimento da saúde mental.

No que diz respeito aos fatores internos, Simon (2005) prefere usar o termo instinto para designar as forças internas que estão relacionadas ao fator constitucional. Ele lembra que a intensidade dos instintos pode ser diminuída ou aumentada por influência de alterações químicas ou hormonais, e mesmo por influência de fatores externos ambientais. Porém, esta influência é restrita, já que o instinto (o que aqui é denominado pulsão) não pode ser totalmente afetado. O fator interno torna-se negativo quando o instinto de morte é excessivo, o que pode ser notado indiretamente, já que não é possível verificar diretamente, pela intensidade dos derivados deste instinto, como a voracidade, o ódio e a inveja. O incremento destes pode fazer predominar a angústia persecutória e afundar a criança na posição esquizo-paranóide. A destrutividade prejudica as relações e danifica a percepção, encaminhando a criança para o transtorno mental grave, e, muitas vezes, irreversível. Como lembra Simon (2005), a agressividade (uma atenuação da destrutividade) é necessária para a sobrevivência humana. Portanto, não é a presença do instinto de morte que torna o fator interno negativo, mas sua exacerbação (o que nos remete para o aspecto quantitativo da saúde mental).

O fator interno é considerado positivo, para Simon (2005), quando há predominância do instinto de vida sobre o instinto de morte. O fator constitucional que conduz o sujeito para a vida favorece a integração da personalidade e estimula a ações em direção à construção e à reparação. A prevalência do amor e dos seus derivados se fazem sentir com força, preparando a criança para a saúde mental:

> A carga suficiente do instinto de vida predispõe ao contato adequado com a realidade, preside a saúde mental e a busca de soluções

> adequadas para as situações-problema suscitadas pela existência, favorecendo a aquisição de adaptação eficaz (Simon, 2005, p.73).

Como se pode notar, existe uma estreita relação entre a aquisição da saúde mental e de uma adaptação eficaz, o que reforça a possibilidade que utilizar o modelo do autor dentro de uma perspectiva preventivista. Assim, enquanto o modelo idealizado por Simon (2005) objetiva diagnosticar e planejar ações que possibilitem uma adaptação eficaz, quando aplicado na operacionalização de estratégias de psicoterapia breve, sua aproximação com a visão preventivista dá ênfase à propriedade prognóstica do modelo e sua possível aplicação no planejamento de intervenções preventivas primárias, dirigidas para a consolidação da saúde mental. Saúde mental e adaptação eficaz, segundo a opinião do autor deste trabalho, são faces da mesma moeda.

A convergência do modelo analítico de Simon com a proposta preventivista, com vistas a aproximação entre o modelo kleiniano e a prevenção, pode ser melhor compreendida mostrando-se, a princípio, sua faceta diagnóstica e voltada para a operacionalização da psicoterapia breve, como é apresentada pelo autor, para depois apresentar uma proposta de nova leitura e aplicação do modelo proposto.

Simon (2005) usou o modelo da geometria plana para mostrar a interação entre os fatores internos e externos. Os fatores internos, portanto constitucionais, são representados pelas abscissas, enquanto as ordenadas representam os fatores externos, ambientais. As diferentes combinações que resultam desta interação são representadas como se segue (figura 2).

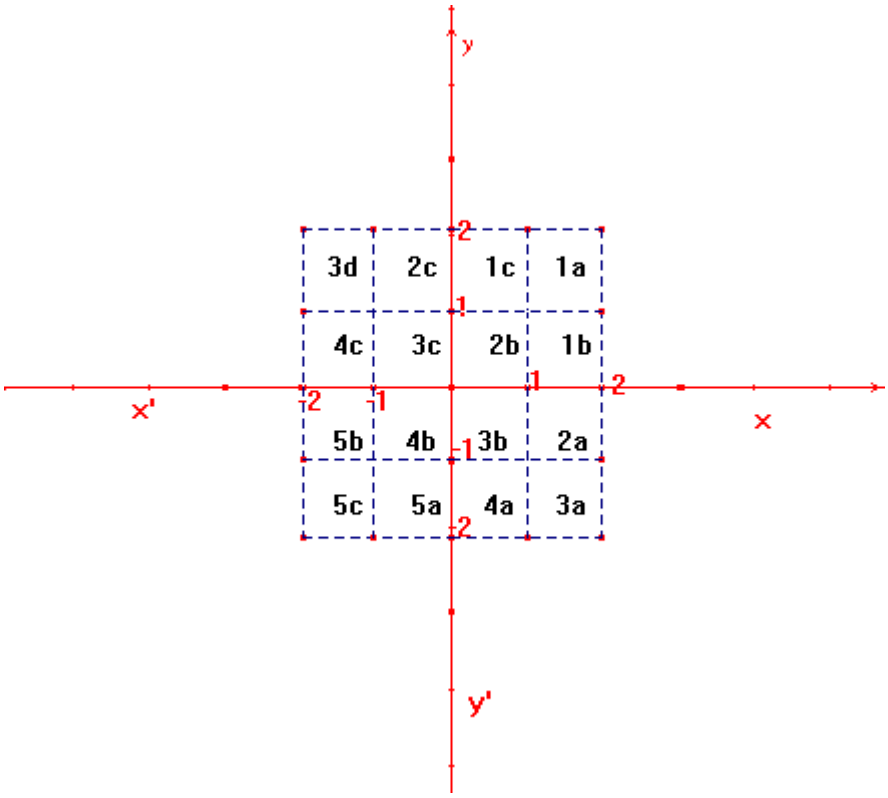

Figura 2. Diferentes combinações resultantes da interação entre os fatores.

Em cada um dos quadrantes observa-se a formação de quatro grupos, cada qual representando a correlação dos diferenciais dos fatores ambientais e constitucionais. Os

grupos localizados dentro do quadrante superior direito expressam as combinações mais benignas entre os fatores internos e externos. Quanto mais se distanciam do ponto zero, maior sua beneficência. Os grupos localizados no quadrante oposto (inferior esquerdo) trazem as combinações mais maléficas. Quanto mais se distanciam do ponto zero, maior sua maleficência. Já os grupos localizados nos dois quadrantes restantes apresentam características que podem ser definidas como estando numa posição intermediária. Porém, há diferenças. No quadrante superior esquerdo, a maleficência aumenta com o distanciamento do ponto zero. Já no quadrante inferior direito, a beneficência aumenta com o distanciamento do ponto zero. Estas variações de grau são expressas através das letras a, b ,c e d, sendo que "a" expressa melhores condições do que "b", que por sua vez expressa melhores condições que "c", e assim por diante.

Numerando os grupos de 1 a 5, Simon (2005) propõe a leitura do gráfico para diagnosticar o grau de adaptação do indivíduo e propor estratégias de psicoterapia breve. No grupo 1 encontram-se os sujeitos com adaptação eficaz; no 2 estão os que alcançaram adaptação ineficaz leve; no grupo 3 encontram-se aqueles com adaptação ineficaz moderada; no grupo 4 estão os sujeitos com adaptação ineficaz severa; e, finalmente, no grupo 5 os sujeitos com adaptação ineficaz grave.

A partir de uma outra leitura da mesma figura, e considerando a interação entre os fatores internos e externos, é possível aplicar critérios de classificação não diagnóstica, mas prognóstica, e propor intervenções preventivas primárias que podem ser classificadas como universais, seletivas ou indicadas, de acordo com o *Committee on Prevention of Mental Disorders* (Mrazek e Haggerty, 1994).

A possibilidade de dar uma nova destinação ao modelo de Simon (2005) exige um outro olhar sobre seu esquema inspirado na geometria plana. Ao traçar linhas transversais sobre o plano que reúne os quatro quadrantes, e analisar os resultados não em termos do que

ocorre, mas do que pode ocorrer, surgem novas destinações, como se pode ver abaixo (figura 3):

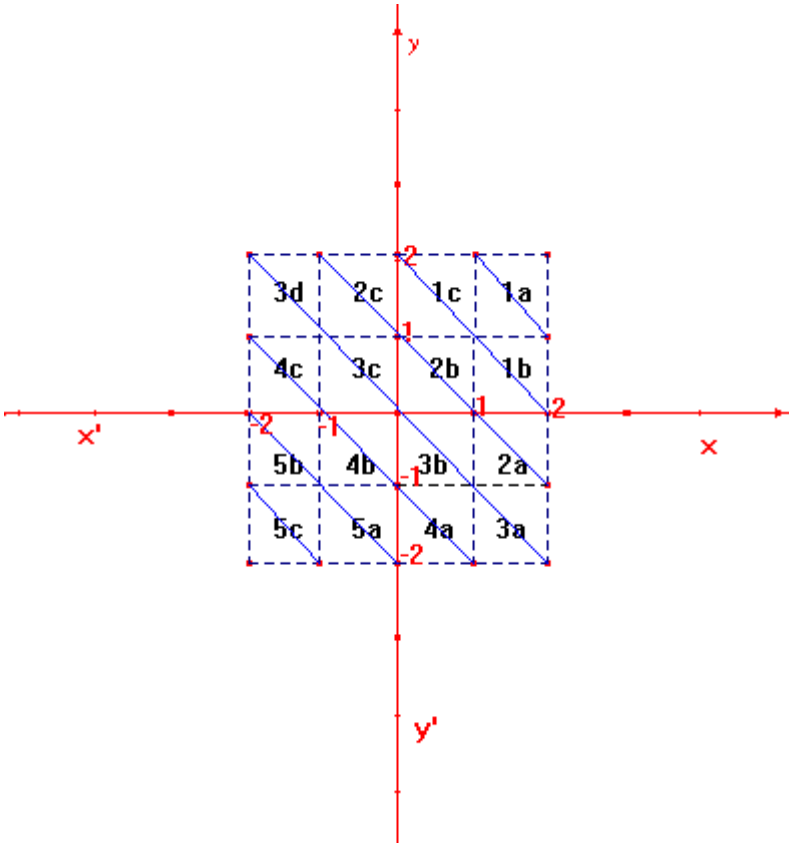

Figura 3. Aplicação das linhas transversais sobre os quadrantes.

A partir da direita, as duas primeiras linhas transversais cortam três grupos localizados no quadrante superior direito. Estes grupos representam as melhores interações possíveis entre os fatores constitucionais e ambientais, e, portanto, as melhores possibilidades de se alcançar a saúde mental. As três linhas transversais seguintes, que cortam todos os grupos dos quadrantes superior esquerdo e inferior direito, além dos grupos localizados próximo do zero nos quadrantes superior direito e inferior esquerdo, representam as interações resultantes do encontro entre os fatores ambientais e constitucionais, os quais reúnem os contextos considerados intermediários entre a saúde e a doença. Por fim, as duas últimas linhas transversais cortam os três grupos localizados no quadrante inferior esquerdo, os quais representam as piores possibilidades de interação entre os fatores ambientais e constitucionais.

No primeiro conjunto cortado pelas linhas transversais (três grupos) estão os sujeitos que podem se beneficiar com as intervenções preventivas universais, pois estas são dirigidas a um grupo populacional que não está exposto a um risco crescente. As combinações presentes neste conjunto não apontam a presença de fatores de risco. No segundo conjunto cortado pelas linhas transversais (10 grupos) encontram-se aqueles que são alvo de intervenções preventivas seletivas, já que estas se aplicam a indivíduos ou grupos específicos expostos a fatores de risco biológicos, psicológicos ou sociais. Neste conjunto, as combinações revelam a presença de fatores de risco, tanto ambientais quanto constitucionais. No terceiro conjunto cortado pelas linhas transversais (3 grupos) estão reunidos os sujeitos que necessitam de intervenções preventivas indicadas, um vez que estas formas de intervenção são direcionadas a pessoas que apresentam marcas biológicas ou sintomas leves que podem ser identificados, sem que estejam presentes critérios diagnósticos, apontando para uma predisposição para desenvolver

transtornos mentais. Aqui, as combinações denunciam um encontro bastante arriscado de fatores negativos, os quais de certo provocam alguns sinais ou sintomas leves, no mínimo.

Tomando como exemplo a relação entre o bebê e o seio da mãe, díade fundamental para o estabelecimento da saúde mental, a observação do comportamento do bebê diante do seio, e da mãe no oferecimento do seio, pode dar informações valiosas para ilustrar a aplicação preventiva que se pretende dar ao modelo de Simon (2005), usando como inspiração a teoria psicanalítica de Melanie Klein.

Em seu esclarecedor e didático trabalho em que escreveu sobre a observação do comportamento de bebês, Klein (1952b) explica:

> As relações do bebê com seu primeiro objeto, a mãe, e com o alimento estão inseparavelmente interligadas desde o início. Portanto, o estudo dos padrões fundamentais de atitudes em relação ao alimento parece ser a melhor aproximação à compreensão dos bebês (p.121).

O conselho de Klein é seguido aqui para ilustrar a aplicação proposta. A atitude do bebê em relação à alimentação e ao seio pode ajudar a fazer suposições sobre o papel dos fatores constitucionais. Um bebê com a voracidade exacerbada dá indícios de que a pulsão de morte está prevalecendo sobre a pulsão de vida: "... a voracidade surge quando, na interação entre impulsos libidinais e agressivos, esses últimos são reforçados" (Klein, 1952b, p.121). A ansiedade persecutória, devida a prevalência da pulsão de morte, pode tanto aumentar a voracidade ou diminuí-la, levando à inibição alimentar. Assim, um bebê que apresenta atitude voraz diante do seio, ou que demonstra inibição alimentar, demonstra estar dominado pelo fator interno negativo, mais do que o positivo. Se forem consideradas as variações máximas dos valores diferenciais, sugeridas por Simon, teríamos hipoteticamente o eixo das variáveis constitucionais aproximando-se do –2, quanto maior for a voracidade ou inibição da criança. Por outro lado, "Algumas crianças que embora sejam boas mamadoras, não são

marcadamente vorazes e mostram sinais inequívocos de amor e de interesse crescente pela mãe em um estágio muito inicial...” (Klein, 1952b, p.122), demonstram ser mais governadas pela pulsão de vida do que pela pulsão de morte. Neste caso, o eixo das variáveis constitucionais tenderia para +2. Em relação às condições ambientais, neste exemplo representadas pela atitude da mãe, também cabem algumas variações. Como orienta Klein (1952b), “A conclusão é que com todas as crianças o manuseio paciente e compreensivo da mãe desde os primeiros dias é da maior importância” (p.124). A atitude da mãe pode fazer aumentar ou diminuir os valores do eixo das variáveis ambientais:

> A cada passo as ansiedades persecutórias e depressivas tanto podem ser reduzidas como aumentadas pela atitude da mãe. E o grau em que figuras benéficas ou persecutórias prevalecerão no inconsciente do bebê é fortemente influenciado por suas experiências reais, primariamente com sua mãe, mas logo também com o pai e outros membros da família (Klein, 1952b, p.125).

Diante do exposto, alguns desfechos são possíveis: a) a criança pode estar num contexto em que não há risco crescente, ou seja, numa condição em que prevalecem fatores ambientais e constitucionais positivos (prevalece a pulsão de vida e a atitude compreensiva da mãe), sendo alvo das intervenções preventivas universais; b) noutro contexto, um dos fatores com predominância negativa, seja ambiental ou constitucional (mãe hostil com predomínio da pulsão de vida, ou mãe compreensiva com predomínio da pulsão de morte), demanda intervenções preventivas seletivas, as que se destinam a grupos expostos a fatores de risco biológicos, psicológicos ou sociais crescentes; c) se o contexto que se impõe é composto por fatores ambientais e constitucionais negativos (mãe hostil e prevalência da pulsão de morte), aplicam-se as intervenções preventivas indicadas, para aqueles que apresentam marcas biológicas (pulsão de morte excessiva) e sintomas leves (voracidade ou inibição alimentar intensas).

O dinamismo presente no interjogo entre os fatores ambientais e constitucionais pode ser mais bem acompanhado e ilustrado se for dada ainda outra leitura ao modelo de Simon (2005). Caso sejam aplicadas linhas transversais nas quatro direções, traçadas a partir da união dos pontos que representam os valores atribuídos ao ambiente e à constituição, cortando cada um dos vetores que compõem o gráfico, a área coberta pela soma dos triângulos em cada um dos quadrantes, que juntos formam um polígono, representaria o conjunto das forças positivas e negativas agindo em interação (figura 4).

O polígono irregular que surge como resultado da união dos pontos definidos (correlação direta e não diferencial dos fatores) em cada vetor dos eixos das variáveis ambientais e constitucionais mostra de forma dinâmica como as forças positivas e negativas de cada fator estão interagindo. Mostra ainda, o quanto deve ser investido em cada uma das formas de intervenção preventiva. No exemplo em questão, as áreas cobertas em cada um dos

quadrantes mostram que o plano de intervenção deve incluir a soma de estratégias preventivas com maior número de ações universais e menor número de ações seletivas e indicadas.

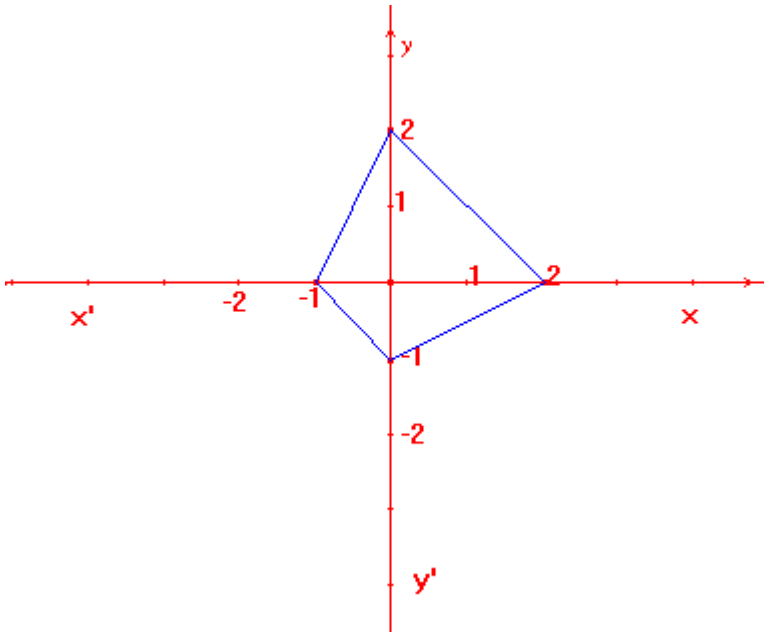

Figura 4. Apresentação gráfica da interação dinâmica entre os fatores.

O aumento ou redução das ansiedades persecutórias e depressivas, que pode variar de acordo com a influência de experiências reais, segundo Klein (1952b), exige uma visão

dinâmica que acompanhe suas constantes transformações e variadas interações entre os fatores ambientais e constitucionais.

Consideradas aqui as características do modelo kleiniano, de caráter fortemente dialético, que assevera a constante presença de aspectos positivos e negativos em todas as relações humanas e em qualquer ambiente social, a proposta traçada neste trabalho deve guardar esta marca. A presença do amor e do ódio em qualquer relação de objeto, e a interação de pulsões construtivas e destrutivas em qualquer ação humana carregam a crença de que estas forças antagônicas estão sempre em curso, com prevalência de uma sobre a outra. A predominância, entretanto, não significa que a força antagônica de menor predomínio deixou de se fazer sentir ou influenciar. Usando a analogia do "cabo de guerra", como o fez Simon (2005), sempre que um lado prevalece, o outro tem sua força diminuída.

Em qualquer situação de interação entre os fatores ambientais e constitucionais estarão presentes aspectos positivos e negativos, uma vez que não é possível pensar em situação onde só um deles está presente. A idealização e a cisão, mecanismos usados com maior freqüência na posição esquizo-paranóide, dão a ilusão de que o sujeito, o objeto e o ambiente ou são exclusivamente bons (destituídos de qualidades negativas), ou exclusivamente maus (destituídos de qualidades positivas). É somente na posição depressiva, quando a criança obtém uma visão mais realista do ambiente externo, que os aspectos bons e maus são integrados e reconhecidos como presentes num todo mais complexo. Portanto, pode-se dizer que o modelo proposto aqui deve mostrar uma visão mais real das relações de objeto e do ambiente ao qual a criança está exposta. Assim, assumi-se o pressuposto de que quando predomina o aspecto positivo dos fatores internos e externos, existe sempre um aspecto negativo menor presente, e vice-versa. Se numa dada situação estão predominando elementos que apontam para a prevalência dos fatores internos e externos positivos sobre os negativos, será considerada uma relação inversamente proporcional em que a superioridade de um lhe

confere valor dois e a inferioridade do outro, valor um, e vice-versa. Como não é possível conhecer as quantidades reais que representam a participação de cada um dos fatores, este pressuposto garante, pelo menos, sua coerência com a visão kleiniana de mundo e de homem.

A partir desta perspectiva, o objetivo último da intervenção preventiva primária é aumentar a área do triângulo localizado no quadrante superior direito. A intervenção preventiva age como experiência real positiva que incide sobre o vetor superior do eixo dos fatores ambientais, aumentando seus valores, e, conseqüentemente, provocando uma diminuição nos valores do vetor inferior deste mesmo eixo, e ainda, aumentando, por influência indireta, a força do fator interno positivo sobre o negativo (figura 5).

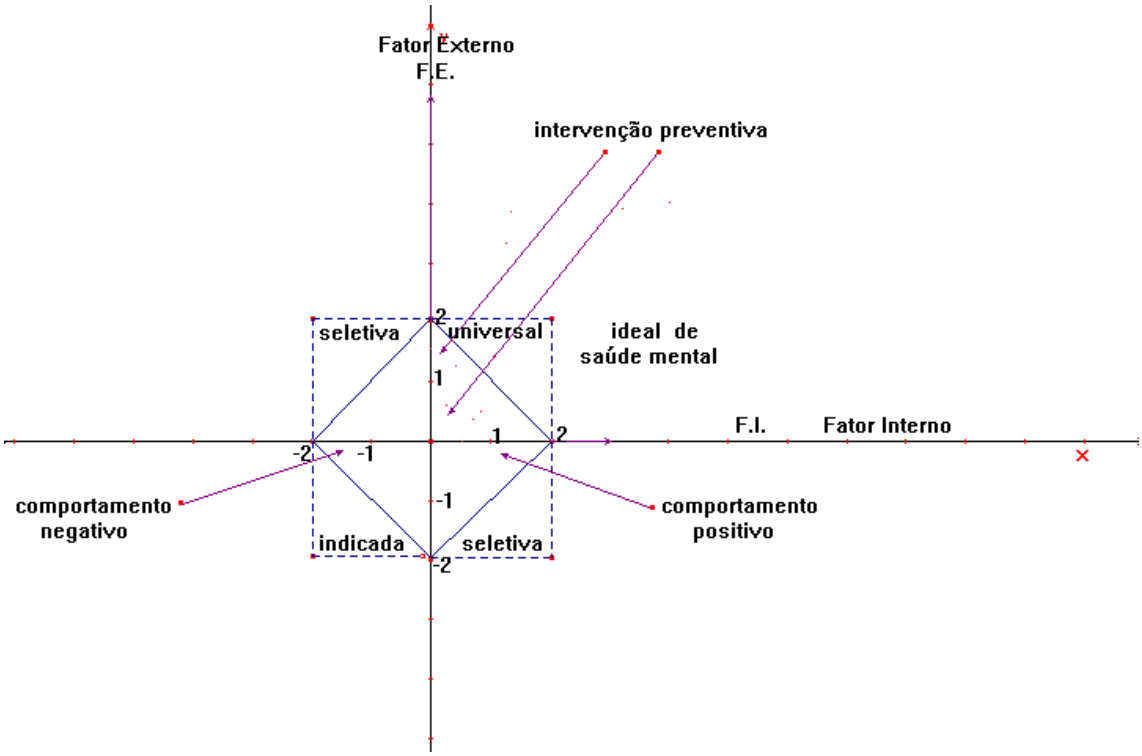

Figura 5. Apresentação gráfica da incidência da intervenção preventiva.

Retomando o exemplo do bebê em interação com a mãe, pode-se partir de uma situação hipotética de uma criança que demonstra voracidade ao ser amamentada. Sua reação é de extrema irritabilidade e choro constante quando o seio é afastado. A mãe é compreensiva e paciente diante dos apelos do filho. Ela pretende desmamá-lo e quer fazê-lo de modo abrupto, por influência de outras pessoas da família que alegam ser a melhor técnica de desmame. Este exemplo pode ser ilustrado, com base na proposta apresentada neste trabalho, como se segue (figura 6):

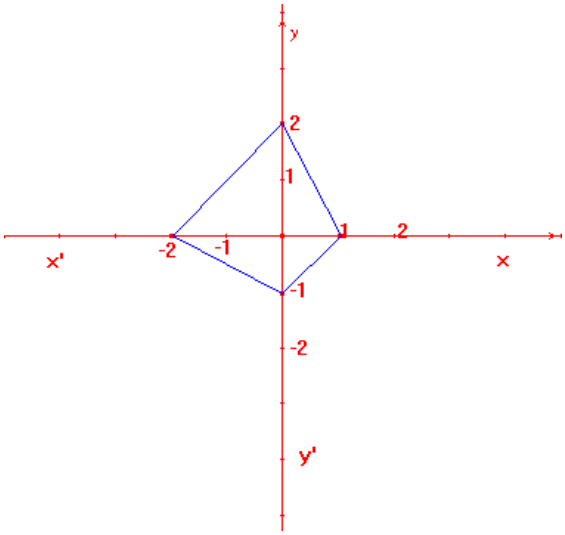

Figura 6. Apresentação gráfica da interação entre os fatores na relação mãe-bebê.

A área coberta pelo polígono irregular é formada majoritariamente pelo quadrante superior esquerdo, com pequenas porções dos outros três quadrantes. O caso em questão demanda uma intervenção preventiva destacadamente seletiva, com menor participação das intervenções preventivas universais e indicadas. Caso a mãe tivesse colocado em prática seu plano de realizar um desmame rápido e abrupto, sua atitude alteraria a configuração do polígono, aumentando a participação do fator externo negativo e aumentando a área do triângulo localizado no quadrante inferior esquerdo (figura 7).

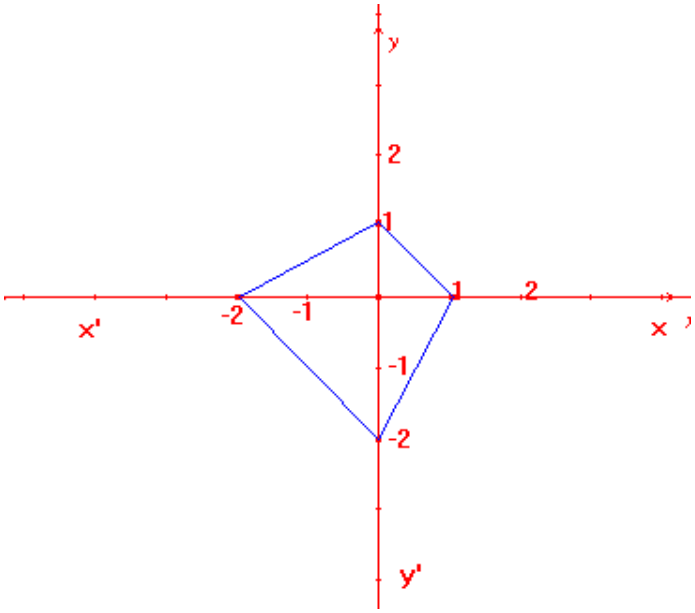

Figura 7. Apresentação gráfica do efeito de um desmame abrupto.

A recomendação de Klein (1952b) sobre o desmame pode servir como intervenção preventiva seletiva neste caso: “Assim, um desmame cuidadoso e vagaroso é favorável, ao passo que um desmame abrupto, reforçando subitamente a ansiedade, pode prejudicar seu desenvolvimento emocional” (p.145).

Caso esta recomendação fosse colocada em prática, ela agiria como fator externo positivo, mudando favoravelmente a configuração do polígono, voltando a diminuir a área que compreende o quadrante inferior esquerdo (figura 8).

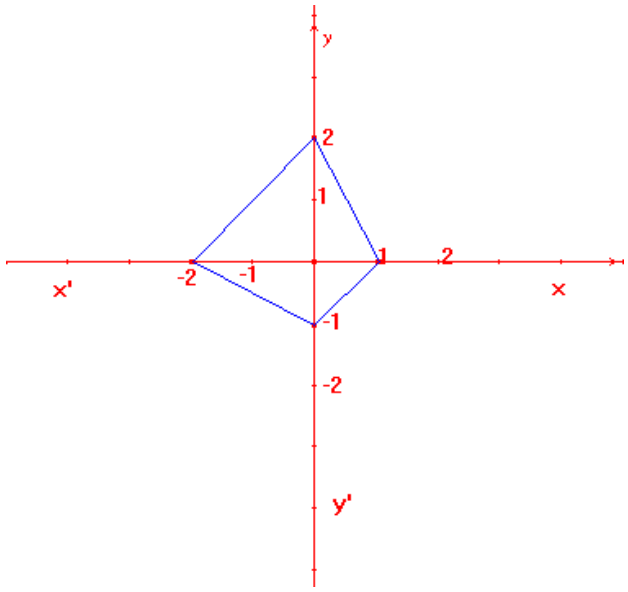

Figura 8. Apresentação gráfica do efeito da recomendação enquanto fator externo.

Se, além disso, a criança respondesse com um comportamento mais tolerante e menos voraz, acompanhado de demonstrações de afeto para com a mãe e seu seio, tal atitude agiria com o mesmo efeito de um fator interno positivo (por denotar a supremacia da pulsão de vida), provocando uma nova alteração no polígono, desta vez aumentando a área do triângulo localizado no quadrante superior direito (figura 9).

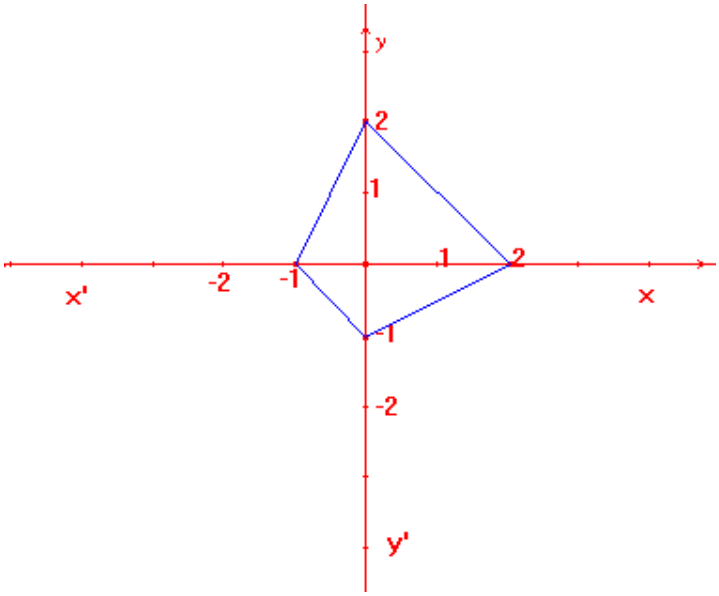

Figura 9. Apresentação gráfica do efeito da reação do bebê enquanto fator interno.

Vale lembrar que uma orientação pode servir como intervenção preventiva universal num dado caso, e como intervenção seletiva ou indica em outro. A decisão sobre qual

intervenção é a mais adequada, e a qual caso se aplica, dependerá sempre da leitura que se faz do contexto e do gráfico que o representa. A recomendação de Klein descrita acima sobre o desmame pode também ser aplicada a grandes populações que não estejam expostas a fatores de risco, pois se trata de sugestão geral, válida para qualquer mãe que esteja desmamando seu filho ou filha.

Como se pode notar, a partir deste exemplo, a proposta de releitura do modelo idealizado por Simon (2005), inspirado na geometria cartesiana plana e baseado na teoria de Klein, pode ser aplicado na prevenção de transtornos mentais e promoção de saúde mental na infância.

Retomando mais uma vez Freud (1919), pode-se dizer que o modelo desenvolvido por Simon (2005), e aquele desenvolvido aqui com base neste último, representam a fundição aconselhada pelo pai da psicanálise. A organização que resulta da incorporação em um só, de vários elementos, permite que cada um interaja com os demais dando maior utilidade e alcance ao produto desta fundição. A escassez do ouro (análise) e a abundância do cobre (sugestão) exigem uma combinação que faça o ouro aumentar o valor do cobre e o cobre aumentar o alcance do ouro.

4. Conclusões

A proposta de revisitação da teoria kleiniana, a partir de um outro olhar voltado para a prevenção em saúde mental na infância mostrou-se bastante oportuna e passível de oferecer amplas possibilidades de investigação e favorecimento para uma infância mais segura e sadia. A aproximação entre a psicanálise e a prevenção em saúde mental revelou-se complexa, porém promissora por apresentar vários pontos de convergência e complementação. A crítica e as restrições a este encontro não resistem a uma análise cuidadosa dos diversos elementos constantes em ambos os modelos, o psicanalítico e o preventivo, que apresentam características muitas vezes conciliáveis.

O debate atual sobre a prevenção em saúde mental na infância certamente pode ser enriquecido pelas contribuições da teoria kleiniana. A teoria psicanalítica kleiniana oferece material rico para contribuir na formulação de concepções psicoprofiláticas que podem ser aplicadas ao desenvolvimento psicológico infantil, por conter em seu bojo idéias de saúde mental, referências de desenvolvimento normal e patológico, bem como elementos que apontam para um desenvolvimento saudável.

A análise teórica do modelo psicanalítico kleiniano, proposta como objetivo geral neste trabalho, com vistas ao exame da possível existência de uma noção kleiniana de prevenção, revelou que esta teoria encerra em seu bojo concepções que se afinam com a idéia de prevenção em saúde mental na infância. A crença numa continuidade psíquica, num desenvolvimento ótimo em direção a uma condição considerada ideal, a elaboração da posição depressiva, evidenciou sua afinidade com o ideário preventivista.

A oscilação encontrada nos escritos kleinianos sobre os benefícios de uma atitude preventiva foi marcada por uma defesa entusiasmada dos benefícios de uma educação com feições psicanalíticas, mesclada com recomendações de cautela quanto ao alcance das intervenções preventivas, principalmente em decorrência das forças instintuais destrutivas.

Ainda assim, seu percurso intelectual manteve-se fiel à possibilidade de agir profilaticamente em defesa de um desenvolvimento saudável.

É verdade que em boa parte dos trechos em que se refere ao benefício preventivo da psicanálise, Klein fala da ação da análise, numa defesa explícita da prevenção secundária para evitar um novo aparecimento da doença, ou da reabilitação de pacientes em estado grave, numa referência à prevenção terciária. Estas formas de prevenção são bem conhecidas dentro do campo da psicanálise kleiniana e podem ser demonstradas facilmente.

O desafio de avaliar a existência de concepções kleinianas que apontassem para a prevenção primária representou uma das principais contribuições deste trabalho (e um de seus objetivos específicos). Declarações de Klein (1927b, 1933) mostraram cedo seu desejo em aplicar os conhecimentos advindos da psicanálise a grandes populações a fim de ampliar o alcance de seus achados. As características de seu modelo teórico também revelaram sua convergência com a prevenção primária. Retomando Apolito (1978), foi possível encontrar na teoria kleiniana todas as evidências que provam a viabilidade da intervenção preventiva primária: a existência em todo sujeito, em estado latente, de predisposição para o desenvolvimento de transtornos mentais; comprovação de uma raiz comum para variados transtornos mentais (a prevalência da pulsão de morte); presença de uma vulnerabilidade que varia de acordo com a quantidade e qualidade do fator predisponente; e a existência de uma equação que leva a evolução dos transtornos mentais: predisposição hereditária a um agente patogênico (fator interno constitucional), severidade da exposição (fator externo ambiental), e idade em que a exposição ocorreu (fator evolutivo).

A busca, no interior do modelo kleiniano, por elementos que corroborassem a intervenção preventiva primária, em suas aplicações universal, seletiva e indicada, outro dos objetivos específicos, revelou a presença destes elementos e sua possível aplicação às três formas de prevenção primária. Quanto à intervenção universal, ficou clara sua aplicabilidade

dentro do modelo kleiniano, já que ambos comportam a idéia de generalização e universalização. As formulações psicanalíticas kleinianas guardam características que denotam seu alcance a populações inteiras, já que encerram uma visão de natureza humana, de uma base geral sobre a qual tem curso o desenvolvimento psicológico.

No que se refere às intervenções seletivas e indicadas, ambas também foram reconhecidas dentro da teoria kleiniana, pois pressupõem a existência de fatores de risco biológicos, psicológicos e sociais, que interagem entre si e têm seu efeito sobre o curso do desenvolvimento. A possibilidade de estudar o efeito destes fatores sobre o futuro do desenvolvimento e construir um prognóstico capaz de orientar as ações preventivas encontrou ressonância no modelo kleiniano. Foi possível mostrar uma grande variedade de contribuições de Klein que denotam a análise constante de fatores de risco e protetivos e o oferecimento de orientações que se assemelham a uma intervenção preventiva seletiva ou indicada.

Concepções sobre a dinâmica psíquica e sobre o comportamento de bebês abriram caminho para a convergência entre a psicanálise kleiniana e a visão preventivista. O estudo das condições oferecidas ao bebê pelo ambiente social mostrou o interesse de Klein pelos fatores protetivos e de risco sociais; a análise dos efeitos das pulsões de vida e de morte sobre o psiquismo do bebê e sobre as transações com o ambiente evidenciou sua preocupação com os fatores protetivos e de risco biológicos e seus efeitos sobre os fatores protetivos e de risco psicológicos e sociais; o estudo da evolução dos processos psíquicos durante o desenvolvimento denotou sua sensibilidade quanto ao papel dos fatores protetivos e de risco psicológicos. Uma complexa compreensão do processo de desenvolvimento, incluindo o papel de vários elementos que interagem entre si, bem como a possibilidade de intervir sobre cada um deles, revelou o terreno kleiniano como fértil para orientar as intervenções preventivas seletivas e indicadas.

A possibilidade de aplicar estes achados à prevenção em saúde mental na infância exigiu a formulação de conceitos de saúde mental de acordo com os preceitos da teoria de Klein, o que foi proposto como mais um dos objetivos específicos. O desafio foi construir conceitos que abrangessem o que se entende por saúde mental numa visão kleiniana, e que se aplicassem de forma geral a totalidade das pessoas.

Com base numa aproximação entre os estudos de Vaillant e Vaillant (2004) e a obra de Klein, foram extraídos conceitos que descreviam a saúde mental como um estado fluido, influenciado por fatores quantitativos e qualitativos, e que se caracteriza pela competência sócio-emocional e pela atitude resiliente. A grande importância dada por Klein à competência do sujeito para lidar com suas emoções e com as do outro, bem como a ênfase sobre a capacidade humana para suportar e enfrentar de modo equilibrado as adversidades da vida, endossaram esta concepção de saúde mental. O papel do aspecto quantitativo foi levado em conta por revelar a crença de Klein sobre a força das pulsões de vida e de morte no destino do desenvolvimento. Ficou evidente que tanto quanto a qualidade da pulsão, a sua quantidade é essencial para que ocorra um desfecho favorável ou desfavorável. Além disso, a teoria das posições, uma das principais contribuições de Klein, aliada a outros achados da autora, evidenciaram o caráter fluido e oscilante do estado psíquico denominado saúde mental. Saúde e doença aparecem como componentes sempre presentes em complexas configurações psíquicas dinâmicas e conflitantes. Na visão de Klein, mecanismos potencialmente patológicos encontram-se presentes desde o nascimento em estado latente e podem emergir em condições desfavoráveis. Ansiedades de natureza psicótica fazem parte do desenvolvimento infantil normal (Klein, 1955[1953]). Assim, a noção de saúde mental com base no modelo kleiniano não exclui a possibilidade do sofrimento, nem aprisiona o sujeito do inconsciente, como muitos críticos desta aproximação asseveram.

O estudo da possível relação entre a transformação do superego, e sua influência sobre a integração do ego, e a consolidação da saúde mental na infância, foi mais um objetivo específico perseguido neste trabalho. A análise do papel central do superego, que aparece como instância que acompanha e influencia o desenvolvimento psicológico, desde seu princípio, e de sua influência em todo processo de transformação psíquica, graças à sua assimilação pelo ego, confirmou a hipótese de que a saúde mental só pode ser alcançada com a transformação do superego arcaico em consciência moral.

Na visão de Klein, o superego funciona como instância que revela como os elementos envolvidos no processo de transformação psíquica se integram ao todo da personalidade. A formação do núcleo do ego, a partir da incorporação do objeto bom, é afetada pelo superego nascente. O complexo de Édipo, fenômeno estruturador da personalidade, também está sujeito a esta influência, assim como as relações de objeto afetam e são afetadas por ele.

A importância do superego é tão destacada, que Klein o aponta como de extrema relevância no tratamento de crianças e adultos. No caso dos últimos, o objetivo é harmonizar o id com as exigências do superego; no que se refere às crianças, a finalidade do tratamento é diminuir a severidade do superego.

Na opinião de Klein (1957) o objetivo principal da psicanálise é a integração da personalidade. A integração dos objetos bons e maus leva ao predomínio dos primeiros, ao passo que a aproximação entre superego e ego conduz a assimilação do primeiro pelo segundo. Os processos de integração do ego e de transformação do superego ocorrem simultaneamente e de forma interdependente.

A superação da neurose infantil, relevante tarefa para a consolidação da saúde mental, só ocorre com a modificação das ansiedades arcaicas, segundo Klein (1952a). Portanto, as bases da saúde mental são construídas nestes seis primeiros anos de vida e se consolidam com a transformação psíquica conseguida através da integração do ego e da síntese do superego,

esta última considerada como principal responsável por este triunfo. Porém, este processo de integração e síntese não livra a mente de suas camadas mais profundamente inconscientes, onde coexistem figuras aterrorizantes movidas por impulsos destrutivos, o que nos remete ao aspecto fluido da saúde mental.

A elaboração de uma proposta que se aplique a intervenção preventiva primária, com base em análise teórica do modelo kleiniano, a partir do estudo da interação entre fatores de risco e fatores protetivos, mais um objetivo específico, exigiu a busca por conceitos e modelos auxiliares, o que foi adequadamente alcançado com a utilização do modelo psicanalítico-adaptativo de Simon (2005), inspirado na geometria analítica. A proposta de Simon, aplicada para diagnosticar pacientes e operacionalizar variadas formas de psicoterapia breve, recebeu uma nova leitura, voltada para o prognóstico e operacionalização de intervenções preventivas primárias. A partir desta leitura, foi possível identificar combinações de fatores constitucionais e ambientais que ajudam a classificar populações, grupos ou indivíduos de acordo com suas necessidades preventivas: universais, seletivas ou indicadas. Esta releitura possibilitou ainda ter uma visão mais dinâmica da interação entre a positividade e negatividade dos diversos fatores, o que tornou a proposta formulada aqui mais próxima da visão kleiniana de homem e de natureza humana. A crença na presença constante de qualidades boas e más no sujeito, de sentimentos de amor e ódio (além de seus derivados) nas relações de objeto, e em ações humanas motivadas por impulsos construtivos e destrutivos, orientou a busca por um modelo que abarcasse a complexidade desta visão dialética.

O aprimoramento das práticas preventivas passa pelo estudo e análise dos promotores da saúde (fatores protetivos) e os precursores da doença (fatores de risco), para evitar o sofrimento desnecessário, desestruturador, capaz de causar danos difíceis de reparar. A busca por um desenvolvimento mental saudável e pela promoção da saúde mental, tarefa de extrema complexidade, só pode ser implementada a partir do encontro entre saberes que muitas vezes

estão apartados e que necessitam ser conciliados por meio da análise rigorosa de seus pontos de convergência e aproximação. O aumento da capacidade das pessoas de "fortalecer ou manter experiências emocionais, cognitivas e relacionais positivas" (Hodgson, 1996, p.2) é o objetivo último da promoção de saúde mental. E a aplicação da psicanálise a este campo tão estranho às suas origens (a clínica) oferece riscos. Porém, confiná-la ao universo profundo, mas restrito, do consultório, traz riscos ainda maiores que podem ameaçar a sobrevivência da psicanálise.

As palavras de Freud (1937) sobre os objetivos da análise expressam bem o que pode ser dito a respeito da aplicação da psicanálise ao campo da prevenção primária:

> Nosso objetivo não será dissipar todas as peculiaridades do caráter humano em benefício de uma 'normalidade' esquemática, nem tampouco exigir que a pessoa que foi 'completamente analisada' não sinta paixões nem desenvolva conflitos internos. A missão da análise é garantir as melhores condições psicológicas possíveis para as funções do ego.

5. Recomendações

O percurso seguido neste trabalho permitiu chegar a conclusões fundamentais para o desenvolvimento e implementação de práticas preventivas mais complexas e efetivas. Mas também abriu caminho para uma grande variedade de pesquisas que podem aprimorar o que foi obtido aqui, bem como desenvolver meios para colocar em pratica as conclusões alcançadas, já que este estudo foi eminentemente teórico.

A partir do modelo proposto neste estudo, que oferece meios de avaliar as condições presentes numa dada situação envolvendo fatores constitucionais e ambientais, e apresentar um prognóstico que aponta para necessidades preventivas universais, seletivas e indicadas, impõe-se a necessidade de definir, dentro do modelo kleiniano, fatores de risco que sejam precursores do aparecimento de transtornos mentais, e fatores protetivos que sejam promotores da consolidação da saúde mental. A identificação dos fatores de risco e protetivos depende da busca cuidadosa no interior da obra kleiniana de elementos que contenham estas características, o que foi possível constatar após um breve levantamento. Klein, em várias partes de seus escritos, faz referências a situações, relações de objeto, características ambientais, as quais são passíveis de uma releitura que possibilite classificá-las como fatores de risco e protetivos. De posse destas informações, um prognóstico mais seguro pode ser feito com base na teoria kleiniana do desenvolvimento psicológico, o que é fundamental para o planejamento de ações preventivas primárias.

Além disso, de posse do conhecimento sobre uma variedade de fatores de risco e protetivos, e dos seus efeitos sobre o futuro do desenvolvimento da criança, surge a necessidade de elaborar orientações que representem a intervenção preventiva propriamente dita. Com a avaliação prognóstica, o passo seguinte é a formulação de recomendações que configurem intervenções preventivas universais, ou seja, que se apliquem ao público em geral, bem como intervenções preventivas seletivas, dirigidas a grupos específicos expostos a

fatores de risco, além de intervenções preventivas indicadas, voltadas a indivíduos com marcas biológicas ou sintomas leves, que não configurem um quadro diagnóstico.

Tanto o estudo dos fatores de risco e protetivos quanto a formulação de recomendações preventivas precisam estar focadas sobre momentos considerados críticos, de relevante importância para o destino do desenvolvimento psicológico. Temas como a amamentação e o desmame, o controle dos esfíncteres, as relações edípicas, a entrada na escola, necessitam ser minuciosamente estudados para extrair informações úteis para o acompanhamento adequado do crescer infantil.

O brincar infantil, tão estudado por Klein, parece ter uma relação direta com a capacidade de ser resiliente, pois ajuda a desenvolver capacidades essenciais para o enfrentamento de situações adversas na vida cotidiana. O estudo da relação entre o comportamento resiliente e o brincar pode contribuir ainda mais para a busca por alternativas que ajudem a desenvolver no sujeito competências indispensáveis para uma vida repleta de estabilidade psíquica e equilíbrio. Juntamente com a resiliência, a competência sócio-emocional foi considerada neste trabalho como característica presente em indivíduos com saúde mental bem estabelecida. A elaboração de programas que levem ao desenvolvimento destas competências pode contribuir enormemente para a prevenção de transtornos mentais.

A transformação do superego arcaico em consciência moral, tida como condição básica para a consolidação da saúde mental, aliada a integração do ego, também é um tema que merece um maior aprofundamento. É de valor inestimável conhecer que condições ou fatores favorecem esta transformação e integração, bem como que fatores prejudicam este desfecho desejável.

Em última análise, se é aceita a conclusão de que a intensificação da pulsão de morte está na raiz de todos os transtornos mentais, e que a predominância da pulsão de vida é a base para uma vida mental saudável, conhecer os fatores que evitam a primeira situação e

favorecem a segunda, dará as condições para a efetivação da prevenção e da promoção em saúde mental.

Supondo que os problemas de saúde mental que tem surgido atualmente e o aumento da ocorrência de estados mórbidos já conhecidos (que têm relação direta com o sentimento de culpa e de ansiedade) como a depressão e as neuroses de angústia, chamadas atualmente de síndrome do pânico, bem como as forma patológicas atuais de reação ao estresse, têm sua ocorrência relacionada às dificuldades na síntese do superego, na incorporação do objeto bom e na cisão entre o que é bom e o que é mau, mais atenção precisa ser dirigida a estes problemas.

A assimilação do objeto bom, imprescindível para a formação de um ego forte, para o estabelecimento de vínculos afetivos estáveis, e para o enfrentamento de situações desfavoráveis na vida, necessita da estabilidade do ambiente social. A constante mudança nos cuidados oferecidos à criança, e nos cuidadores que oferecem estes cuidados, torna inviável esta assimilação. Sabe-se que atualmente é comum e cada vez mais freqüente, a mãe ser substituída por outros objetos ou mesmo por uma instituição (abrigo, creche ou escola de educação infantil). As conseqüências são sabidamente daninhas e foram exaustivamente estudadas no passado. O fato é que estas condições de instabilidade têm aumentado nas últimas décadas.

Nos casos em que não existe instabilidade do cuidador em freqüência considerada prejudicial, ainda aparece outra dificuldade, também atual. A mudança que está em curso nos paradigmas sobre a conduta e os valores humanos, ainda não foi capaz de apresentar referenciais claros sobre a ética e a moral. O relativismo do movimento intelectual moderno devolveu ao homem toda a responsabilidade sobre seus atos e individualizou os projetos morais e éticos. Sem referenciais externos, o homem é obrigado a buscar dentro de si, sem

contar com um objeto bom interno que lhe dê sustentação, os elementos para a necessária cisão entre o bom e o mau.

O resultado é o aumento no número de sujeitos irresponsáveis, pouco resistentes às adversidades da vida e muito dependentes, devido à falta de um objeto bom interno bem estabelecido. Suas variações patológicas figuram no grupo das personalidades patologicamente ansiosas e imaturas. Por outro lado, pessoas pouco éticas e insensíveis aos valores humanos aparecem em virtude de falhas na formação do núcleo do superego.

Na esteira da transformação superegóica, outras transformações se processam, decorrentes e interligadas a esta, em benefício do estabelecimento da saúde mental. A transformação do superego decorre, em parte, da diminuição da severidade deste, em virtude de um processo de integração que faz prevalecer a pulsão de vida sobre a de morte. As forças construtivas sobrepujam as destrutivas. Concomitantemente, outra transformação tem curso, dentro de um contexto de relações edípicas, e favorece a saúde mental: a predominância do ciúme sobre a inveja. A entrada do pai, terceiro que amplia o universo relacional do bebê, tira este último de seu "aprisionamento narcísico" (Cintra e Figueiredo, 2004) e amplia as possibilidades de desenvolvimento e fortalecimento do ego.

Num cenário onde o terceiro tem pouca expressão (ou está ausente) e, conseqüentemente, o superego sofre menos influência dele, o desfecho provável é a prevalência da inveja e o pouco amadurecimento do superego. A finalidade de provocar inveja no outro, muito freqüente nas relações interpessoais atuais, e em especial, nas relações onde predomina o poder econômico, parecem ser conseqüência desta falta. É certo que a atitude do cuidador (a mãe), enquanto fator ambiental, e a quantidade e qualidade da pulsão prevalente, enquanto fator constitucional, são fundamentais. É certo também, que estudar as possíveis razões para a exacerbação da inveja esteja entre as prioridades de qualquer projeto preventivo. Como nos ensina Klein (1957, p.235) "a inveja é uma fonte de grande

infelicidade, e estar relativamente livre dela é sentido como um estado de espírito de contentamento e de paz – em última análise, sanidade".

Por fim, é recomendável a realização de estudo que concilie as contribuições de Melanie Klein com as de Henri Wallon, dada a relevância das teorias de ambos, as quais foram inspiradas em visões de homem semelhantes, em área de atuação diversa. Enquanto Klein dedicou sua vida ao estudo do desenvolvimento psicológico por meio de uma ótica clínica, Wallon fez o mesmo a partir de um ponto de vista educacional. A aproximação entre ambos pode aumentar os recursos teóricos e práticos com vistas à prevenção e promoção em saúde mental na infância.

REFERÊNCIAS

ABDUL-RAHIM, M. A. **Estudo da relação entre asma infantil e privação psicológica**. 2000. 97p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

ABERASTURY, A. **A paternidade**: um enfoque psicanalítico. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984a.

ABERASTURY, A. **Percepção da morte na criança e outros escritos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984b.

ABRAHAM, K. (1924) A short study of the development of the libido, viewed in the light of mental disorders. In: ABRAHAM, K. **Selected papers of Karl Abraham.** London: Hogarth Press, 1973. p.418-501.

AGUAYO, J. Reassessing the clinical affinity between Melanie Klein and D. W. Winnicott (1935-51): Klein's unpublished 'Notes on baby' in historical context. **International Journal of Psychoanalysis**, v.83, p.1133-1152, 2002.

ALBEE, G. W. Toward a just society: lessons from observations on the primary prevention of psychopathology. **American Psychologist,** v.41, n.8, p.891-898, 1986. Disponível em: http://gateway.ovid.com. Acesso em: 05 fev. 2005

ALPERT, J. L. Change within a profession: change, future, prevention, and school psychology. **American Psychologist**, v.40, n.10, p.1112-1121, 1985. Disponível em: http://gateway.ovid.com. Acesso em: 05 fev. 2005

ANTENORE, A. Distúrbio mental afeta até 3,4 milhões de jovens. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 20 abr. 2003. p.C-6.

APOLITO, A. Primary prevention: a breakthrough in sight. **The American Journal of Psychoanalysis**, v.38, p.121-127, 1978.

ARIES, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

ASSOCIAÇÃO PSICANALÍTICA DE PORTO ALEGRE. **Educa-se uma criança.** Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1995.

BALINT, M. **The Basic Fault: the therapeutic aspects of regression**. London: Tavistock, 1968. 205p.

BANDAROVSKY, J. A "criança" da psicanálise: algumas reflexões sobre a metáfora. **Revista Brasileira de Psicanálise**, v.30, n.1, p.107-119, 1996.

BANKS, W. P.; SALAPATEK, P. Infant visual perception. In: Mussen, P.H. (ed.), **Handbook of child psychology**. New York: Wiley, 1983. v.2

BARNES, J. Mental health promotion: a development perspective. **Psychology, Health & Medicine,** v.3, n.1, p.55-70, 1998. Disponível em: http://search.epnet.com. Acesso em: 05 fev. 2005

BARROS, I. G. Hans e o pequeno homem galo: comentários sobre os primórdios da teoria e da técnica em análise de crianças. **Revista Brasileira de Psicanálise**, v.30, n.1, p.93-106, 1996.

BIANCHEDI, E. T. et al. Theories on anxiety in Freud and Melanie Klein: their metapsychological status. **International Journal of Psychoanalysis**, v.69, p.359-368, 1988.

BICUDO, V. L. **Nosso mundo mental**. São Paulo: Instituição Brasileira de Difusão Cultural, 1956, 280p.

BION, W. R. (1957) Diferenciação entre a personalidade psicótica e a personalidade não-psicótica. In: SPPILIUS, E.B.(ed.). **Melanie Klein hoje**: desenvolvimentos da teoria e da técnica. Trad. Belinda Haber Mandelbaum. Rio de Janeiro: Imago, 1991. p.69-86.

BION, W. R. (1959) Ataques ao elo de ligação. In: SPPILIUS, E.B. (ed.). **Melanie Klein hoje**: desenvolvimentos da teoria e da técnica. Trad. Belinda Haber Mandelbaum. Rio de Janeiro: Imago, 1991. p.95-109.

BION, W. R. (1961) Uma teoria do pensar. In: SPPILIUS, E.B. (ed.). **Melanie Klein hoje**: desenvolvimentos da teoria e da técnica. Trad. Belinda Haber Mandelbaum. Rio de Janeiro: Imago, 1991. p.185-193.

BION, W. R. (1962) **Aprender com a experiência**. Rio de Janeiro: Zahar, 1991.

BION, W. R. (1963) **Elementos da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1966.

BOWLBY, J. The making and the breaking of affectional bonds: etiology and psychopathology in the light of attachment theory. **British Journal of Psychiatry**, v.130, p.201-210, 1977.

BOWLBY, J. **Cuidados maternos e saúde mental**. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

BOWLBY, J. **Apego e perda**. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

BREUER, J; FREUD, S. (1893-1895) **Estudos sobre a histeria**. Com os comentários de James Strachey/Sigmund Freud; direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996, 350p.

BURLINGHAM, D. T.; FREUD, A. **Young children in wartime**. London: Allen & Unwind, 1942.

BURNHAM, T; PHELAN, J. **A culpa é da genética**. Rio de Janeiro: Sextante, 2002.

CARSTAIRS, K. Paranoid-schizoid or symbiotic? **International journal of psychoanalysis**, v.73, p.71-85, 1992.

CASSORLA, R. M. S. Psicanálise e saúde pública: fertilizações. **Revista Brasileira de Psicanálise**, v.35, n.3, p.729-750, 2001.

CERNOCH, J. M., PORTER, R. H. Recognition of maternal axillary odors by infants. **Child Development**, v.56, p.1593-1598, 1985.

CINTRA, E. M. U.; FIGUEIREDO, L. C. **Melanie Klein**: estilo e pensamento. São Paulo: Escuta, 2004.

DAVIDOVICH, E. Continuidade e renovação na obra de Melanie Klein. **Revista Brasileira de Psicanálise**, v.16, p.439-447, 1982.

DAWKINS, R. **O gene egoísta**. Lisboa: Gradiva, 1989.

DESSEN, M. A. S. C. **Efeitos do nascimento de uma Segunda criança no comportamento e nas relações entre o primogênito e os genitores**. São Paulo, 1992. 2v. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

DOLTO, F. **Como orientar seu filho**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1989a.

DOLTO, F. **Quando os pais se separam**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989b.

DOLTO, F. **Dialogando sobre crianças e adolescentes**. Campinas: Papirus, 1989c.

DOLTO, F. **Quando surge a criança**. Campinas: Papirus, 1996.

DOLTO, F. **Os caminhos da educação**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

DOLTO, F. **As etapas decisivas da infância**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

DOR, J. **O pai e sua função em psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1991.

DURLAK, J. A.; WELLS, A.M. Primary prevention mental health programs: the future is exciting. **American Journal of Community Psychology**, v.25, n.2, p.233-243, 1997.

DURLAK, J. A. Primary prevention mental health programs for children and adolescents are effective. **Journal of Mental Health,** v.7, n.5, p.463-468, 1998. Disponível em: http://search.epnet.com. Acesso em: 05 fev. 2005

ELKIN, F. **Criança e a sociedade:** o processo de socialização. Rio de Janeiro: Block, 1968.

EMDE, R. N. Development terminable and interminable: innate and motivational factors from infancy. **International Journal of Psychoanalysis**, v.69, p.23-42, 1988.

ERIKSON, E. H. **Infância e sociedade**. Rio de Janeiro: Zahar, 1971.

FAIRBAIRN, W. R. D. (1952) **Estudos psicanalíticos da personalidade**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980.

FENICHEL, O. (1945) **Teoria psicanalítica das neuroses**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1981

FLAVELL, J. **A psicologia do desenvolvimento de Jean Piaget**. São Paulo: Pioneira, 1975.

FREUD, A. (1927). A teoria da análise infantil. In: FREUD, A .**O tratamento psicanalítico de crianças**. Rio de Janeiro: Imago, 1971, p.87-99.

FREUD, A. (1936). **O ego e os mecanismos de defesa**. 2ed. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 1972.

FREUD, A. **Infância normal e patológica**: determinantes do desenvolvimento. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

FREUD, S. (1900). A interpretação dos sonhos. In: **Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud versão2.0**. Trabalho sob a direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, sd. v 4 e 5. CD-ROM

FREUD, S. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: **Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud versão2.0**. Trabalho sob a direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, sd., v.7. CD-ROM

FREUD, S. (1909). Duas histórias clínicas: O pequeno Hans e o homem dos ratos In: **Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud versão2.0**. Trabalho sob a direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, sd., v.10. CD-ROM

FREUD, S. (1911). Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental In: **Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud versão2.0**. Trabalho sob a direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, sd., v.12. CD-ROM

FREUD, S. (1913a) O interesse da psicanálise para as ciências não-psicológicas. In: **Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud versão2.0**. Trabalho sob a direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, sd., v.13. CD-ROM

FREUD, S. (1913b) Introdução a The psycho-analytic method, de Pfister. In: **Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud versão2.0**. Trabalho sob a direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, sd., v.12. CD-ROM

FREUD, S. (1915a). O inconsciente. In: **Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud versão2.0**. Trabalho sob a direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, sd., v.7. CD-ROM

FREUD, S. (1915b). Os instintos e suas vicissitudes. In: **Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud versão2.0**. Trabalho sob a direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, sd., v.14. CD-ROM

FREUD, S. (1915c). A desilusão da guerra. In: **Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud versão2.0**. Trabalho sob a direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, sd., v.14. CD-ROM

FREUD, S. (1917[1916-17]). Conferências introdutórias sobre psicanálise. In: **Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud versão2.0**. Trabalho sob a direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, sd., v.16. CD-ROM

FREUD, S. (1919[1918]). Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In: **Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud versão2.0**. Trabalho sob a direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, sd., v.17. CD-ROM

FREUD, S. (1923[1922]). (a) Psicanálise. In: **Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud versão2.0**. Trabalho sob a direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, sd., v.18. CD-ROM

FREUD, S. (1923). O ego e o id. In: **Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud versão2.0**. Trabalho sob a direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, sd., v.19. CD-ROM

FREUD, S. (1925). Algumas conseqüências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos. In: **Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud versão2.0**. Trabalho sob a direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, sd., v.19. CD-ROM

FREUD, S. (1926a) Inibições, sintomas e angústia In: **Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud versão2.0**. Trabalho sob a direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, sd., v.20. CD-ROM

FREUD, S. (1926b). A questão da análise leiga. In: **Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud versão2.0**. Trabalho sob a direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, sd., v.20. CD-ROM

FREUD, S. (1930[1929]). O mal estar na civilização In: **Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud versão2.0**. Trabalho sob a direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, sd., v.21. CD-ROM

FREUD, S. (1933[1932]) Novas conferências introdutórias sobre psicanálise In: **Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud versão2.0**. Trabalho sob a direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, sd., v.22. CD-ROM

FREUD, S. (1937) Análise terminável e interminável. In: **Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud versão2.0**. Trabalho sob a direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, sd., v.22. CD-ROM

GALVÃO, I. **Henri Wallon**: uma concepção dialética do desenvolvimento infantil. Rio de Janeiro: Vozes, 1995.

GARCIA-ROZA, L. A. Pesquisa de tipo teórica. In: **Psicanálise e universidade** / Núcleo de Pesquisa em Psicanálise, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo: A Universidade, 1994, p. 9-32.

GOLDSTON, S. Primary prevention: historical perspectives and a blueprint for action. **American Psychologist***,* v.41, n.4, p.453-460, 1986.

GREEN, A. L'enfant modèle. **Nouvelle revue de psychanalyse***,* n.19, p.27-47, 1979.

GUNTRIP, H. **Personality structure and human interaction**. New York: International Universities Press, 1961.

HAITH, M. M.; BERGMAN, T.; MOORE, M. J. Eye contact and face scanning in early infancy. **Science***,* v.198, p.853-855, 1977.

HAYNE, H.; ROVEE-COLLIER, C.; BORZA, M. A. Infant memory for place information. **Memory and Cognition***,* v.19, p.378-386, 1991.

HEIMANN, P. Certain functions of introjection and projection in early infancy. In: KLEIN, M. et.al. **Developments in Psychoanalysis**, Londres: Hogarth, 1952.

HERRMAN, H. The need for mental health promotion. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry,** v.35, p.709-715, 2001. Disponível em: http://search.epnet.com. Acesso em: 12 fev. 2005

HILLIER, L.; HEWITT, K. L.; MORRONGIELLO, B. A. Infants' perception of illusions in sound localization: reaching to sounds in the dark. **Journal of Experimental Child Psychology***,* v.53, p.159-179, 1992.

HODGSON, R. J. Mental health promotion. **Journal of Mental Health,** v.5, n.1, p.1-2, 1996. Disponível em: http://search.epnet.com. Acesso em: 12 fev. 2005

HOFFER, W. **Desenvolvimento primitivo e a educação da criança**. Rio de Janeiro: Imago, 1983.

HOFFMAN, L. Psychoanalysts in the public eye: internal resistances. **American Journal of Psychoanalysis**, v.60, n.4, p.361-369, 2000.

HOFFMAN, L. A psychoanalytically oriented approach as primary and secondary prevention: Discussion of Joy Osofsky's "Psychoanalytically based treatment for traumatized children and families". **Psychoanalytic Inquiry,** v.23, n.3, p.544-552, 2003.

HOLLINGER, P. C. Early intervention and prevention of psychopathology: the potential role of affect. **Clinical Social Work Journal**, v.28, n.1, p.23-41, 2000. Disponível em: http://gateway.ovid.com. Acesso em: 05 fev. 2005

ISAACS, S. S. F. (1948) **Children and parents**: their problems and difficulties. London: Rutledge & K. Paul, 1968, 238p.

IZARD, C. E. Translating emotion theory and research into preventive interventions. **Psychological Bulletin***,* v.128, n.5, p.796-824, 2002.

JERUSALINSKY, A. **Psicanálise e desenvolvimento infantil**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

JORGE, M. ; MARI, J. Novos rumos na saúde mental. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 2003. p.A-3.

KAPLAN, R. M. Two pathways to prevention. **American Psychologist***,* v.55, n.4, p.382-396, 2000. Disponível em: http://gateway.ovid.com. Acesso em: 12 fev. 2005

KAVALER-ADLER, S. The conflict and process theory of Melanie Klein. **The American Journal of Psychoanalysis***,* v.53, n.3, p.187-205, 1993.

KEHL, M. R. Uma existência sem sujeito. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 26 jan. 2003. Caderno Mais, p.4.

KENNETH, H. Coming of age of prevention science: comments on the 1994 National Institute of Mental Health – Institute of Medicine Prevention Report. **American Psychologist***,* v.51, n.11, p.1123-1127, 1996.

KLEIN, M. (1921-1945). **Amor, culpa e reparação e outros trabalhos**. Trad. André Cardoso. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

KLEIN, M. (1921). O desenvolvimento de uma criança. In: KLEIN, M. **Amor, culpa e reparação e outros trabalhos**. Trad. André Cardoso, Rio de Janeiro: Imago, 1996, p.21-75.

KLEIN, M. (1923a). A análise de crianças pequenas. In: KLEIN, M. **Amor, culpa e reparação e outros trabalhos**. Trad. André Cardoso, Rio de Janeiro: Imago, 1996, p.100-128.

KLEIN, M. (1923b). O papel da escola no desenvolvimento libidinal da criança. In: KLEIN, M. **Amor, culpa e reparação e outros trabalhos**. Trad. André Cardoso, Rio de Janeiro: Imago, 1996, p.81-99.

KLEIN, M. (1926). Princípios psicológicos da análise de crianças pequenas. In: KLEIN, M. **Amor, culpa e reparação e outros trabalhos.** Trad. André Cardoso, Rio de Janeiro: Imago, 1996, p.152-163.

KLEIN, M. (1927a). Simpósio sobre análise de crianças. In: KLEIN, M. **Amor, culpa e reparação e outros trabalhos.** Trad. André Cardoso, Rio de Janeiro: Imago, 1996, p.164-196.

KLEIN, M. (1927b). Tendências criminosas em crianças normais. In: KLEIN, M. **Amor, culpa e reparação e outros trabalhos.** Trad. André Cardoso, Rio de Janeiro: Imago, 1996, p.197-213.

KLEIN, M. (1928). Estágios iniciais do conflito edipiano. In: KLEIN, M. **Amor, culpa e reparação, e outros trabalhos**. Trad. André Cardoso. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p.214-227.

KLEIN, M. (1929a). Situações de ansiedade infantil refletidas em uma obra de arte e no impulso criativo. In: KLEIN, M. **Amor, culpa e reparação e outros trabalhos.** Trad. André Cardoso. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p.240-248.

KLEIN, M. (1929b). Personificação no brincar das crianças. In: KLEIN, M. **Amor, culpa e reparação, e outros trabalhos**. Trad. André Cardoso. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p.228-239.

KLEIN, M. (1930a). A importância da formação de símbolos no desenvolvimento do ego. In: KLEIN, M. **Amor, culpa e reparação, e outros trabalhos**. Trad. André Cardoso. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p.249-264.

KLEIN, M. (1930b). Uma contribuição à teoria da inibição intelectual. In: KLEIN, M. **Amor, culpa e reparação, e outros trabalhos**. Trad. André Cardoso. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p.269-282.

KLEIN, M. (1930c). A psicoterapia das psicoses. In: KLEIN, M. **Amor, culpa e reparação, e outros trabalhos**. Trad. André Cardoso. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p.266-268.

KLEIN, M. (1932a). **A psicanálise de crianças**. Trad. Liana Pinto Chaves. Rio de Janeiro: Imago, 1997.

KLEIN, M. (1932b). Apêndice – alcances e limites da psicanálise de crianças. In: KLEIN, M. **A psicanálise de crianças**. Trad. Liana Pinto Chaves. Rio de Janeiro: Imago, 1997, p.296-300.

KLEIN, M. (1932c). Estágios iniciais do conflito edipiano e da formação do superego. In: KLEIN, M. **A psicanálise de crianças**. Trad. Liana Pinto Chaves, Rio de Janeiro, Imago, 1997, p.145-168.

KLEIN, M. (1933). O desenvolvimento inicial da consciência na criança. In: KLEIN, M**. Amor, culpa e reparação e outros trabalhos**. Trad. André Cardoso. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p.283-295.

KLEIN, M. (1935). Uma contribuição à psicogênese dos estados maníaco-depressivos. In: KLEIN, M**. Amor, culpa e reparação e outros trabalhos**. Trad. André Cardoso. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p.301-329.

KLEIN, M. (1936). O desmame. In: KLEIN, M. **Amor, culpa e reparação, e outros trabalhos**. Trad. André Cardoso. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p.330-345.

KLEIN, M. (1937). Amor, culpa e reparação. In: KLEIN, M. **Amor, culpa e reparação, e outros trabalhos.** Trad. André Cardoso. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p.346-384.

KLEIN, M. (1942). Algumas considerações psicológicas: um comentário. In: KLEIN, M. **Inveja e gratidão e outros trabalhos**. Trad. sob a coordenação de Liana Pinto Chaves. 4 ed. Rio de Janeiro: Imago, 1991. p.362-364.

KLEIN, M. (1945). O complexo de Édipo à luz das ansiedades arcaicas. In: KLEIN, M. **Amor, culpa e reparação, e outros trabalhos**. Trad. André Cardoso. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p.416-464.

KEIN, M. (1946-1963). **Inveja e gratidão e outros trabalhos**. Trad. sob a coordenação de Liana Pinto Chaves. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

KLEIN, M. (1946). Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. In: KLEIN, M. **Inveja e gratidão e outros trabalhos**. Trad. sob a coordenação de Liana Pinto Chaves. 4 ed. Rio de Janeiro: Imago, 1991. p.17-43.

KLEIN, M. (1948a). Prefácio à terceira edição. In: KLEIN, M. **A psicanálise de crianças**. Trad. Liana Pinto Chaves. 3 ed. Rio de Janeiro: Imago, 1997. p.17-18.

KLEIN, M. (1948b). Sobre a teoria da ansiedade e da culpa. In: KLEIN, M. **Inveja e gratidão e outros trabalhos**. Trad. sob a coordenação de Liana Pinto Chaves. 4ed. Rio de Janeiro: Imago, 1991, p.44-63.

KLEIN, M. (1952a). Algumas conclusões teóricas relativas à vida emocional do bebê. In: KLEIN, M. **Inveja e gratidão e outros trabalhos**. Trad. sob a coordenação de Liana Pinto Chaves. 4 ed. Rio de Janeiro: Imago, 1991, p.85-118.

KLEIN, M. (1952b). Sobre a observação do comportamento de bebês. In: KLEIN, M. **Inveja e gratidão e outros trabalhos**. Trad. sob a coordenação de Liana Pinto Chaves. 4 ed. Rio de Janeiro: Imago, 1991, p.119-148.

KLEIN, M. (1952c). As origens da transferência. In: KLEIN, M. **Inveja e gratidão e outros trabalhos**. Trad. sob a coordenação de Liana Pinto Chaves. 4 ed. Rio de Janeiro: Imago, 1991, p.70-79.

KLEIN, M. (1952d). Influências mútuas no desenvolvimento do ego e do id. In: KLEIN, M. **Inveja e gratidão e outros trabalhos**. Trad. sob a coordenação de Liana Pinto Chaves. 4 ed. Rio de Janeiro: Imago, 1991, p.80-84.

KLEIN, M. (1955 [1953]). A técnica psicanalítica através do brincar: sua história e significado. In: KLEIN, M. **Inveja e gratidão e outros trabalhos**. Trad. sob a coordenação de Liana Pinto Chaves. 4 ed. Rio de Janeiro: Imago, 1991, p.150-168.

KLEIN, M. (1957). Inveja e gratidão. In: KLEIN, M. **Inveja e gratidão e outros trabalhos**. Trad. sob a coordenação de Liana Pinto Chaves. 4ed. Rio de Janeiro: Imago, 1991, p.205-267.

KLEIN, M. (1958). Sobre o desenvolvimento do funcionamento mental. In: KLEIN, M. **Inveja e gratidão e outros trabalhos**. Trad. sob a coordenação de Liana Pinto Chaves. 4 ed. Rio de Janeiro: Imago, 1991, p.268-279.

KLEIN, M. (1959). Nosso mundo adulto e suas raízes na infância. In: KLEIN, M. **Inveja e gratidão e outros trabalhos.** Trad. sob a coordenação de Liana Pinto Chaves. 4 ed. Rio de Janeiro: Imago, 1991, p.280-297.

KLEIN, M. (1960). Sobre a saúde mental. In: KLEIN, M. **Inveja e gratidão e outros trabalhos.** Trad. sob a coordenação de Liana Pinto Chaves. 4 ed. Rio de Janeiro: Imago, 1991, p.305-312.

KLEIN, M. (1961). **Narrativa da análise de uma criança**. Trad. Claudia Starzynsky Bacchi. Rio de Janeiro: Imago, 1994.

KLEIN, M. (1963). Sobre o sentimento de solidão. In: KLEIN, M. **Inveja e gratidão e outros trabalhos.** Trad. sob a coordenação de Liana Pinto Chaves. 4 ed. Rio de Janeiro: Imago, 1991, p.341-354.

KOVACS, M. J. **Morte no processo de desenvolvimento humano**: a criança e o adolescente diante da morte. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

KUHL, P. K.; WILLIAMS, K. A.; LACERDA, F.; STEVENS, K. N.; LINDBLOM, B. Linguistic experience alters phonetic perception in infants by 6 months of age. **Science**, v.255, p.606-608, 1992.

KUPFER, M. C. M. Contribuições da psicanálise ao estudo sobre a família e a educação. **Insight Psicoterapia**, v.44, n.4, p.8-15, 1994.

KUSCHÉ, C. A. Psychoanalysis as prevention: using PATHS to enhance ego development, object relationships and cortical integration in children. **Journal of Applied Psychoanalytic Studies**, v.4, n.3, p.283-301, 2002.

LAZNIK-PENOT, M. C. (Org.) **O que a clínica do autismo pode ensinar aos psicanalistas**. Salvador: Ágalma, 1994, 152p.

LEAVELL, H. R.; CLARK, E. G. **Preventive medicine for the doctor in his community**. New York, Mc Graw-Hill, 1965.

LEBOVICI, S. **Conhecimento da criança pela psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

LEBOVICI, S. The origins and development of the Oedipus complex. **International journal of psychoanalysis***,* v.63, p.201-215, 1982.

LEFORT, R. **Nascimento do outro**. Salvador: Fator, 1988.

LEITE, M. Burrice é genética, arrisca James Watson. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 4 mar. 2003. p.A10.

LEVANT, R. F.; TOLAN, P; DODGEN, D. New directions in children's mental health policy: psychologists role. **Professional Psychology: Research and Practice***,* v.33, n.2, p.115-124, 2002.

LIKIERMAN, M. Primitive object love in Melanie Klein's thinking: early theoretical influences. **International journal of psychoanalysis**, v.74, p.241-253, 1993.

LISONDO, A. B. D. Psicanálise e educação ou o risco de sepultar o desenvolvimento mental. **Psychê,** v.4, n.5, p.77-103, 2000.

MACKAY, N. Melanie Klein's metapsychology: phenomenological and mechanistic perspective. **International Journal of Psychoanalysis***,* n.62, p.187-198, 1981.

MAHLER, M. **On human symbiosis and the vicissitudes of individuation**. New York: International Universities Press, 1968.

MAHLER, M. **O processo de separação-individualização**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

MARQUES, J. Brasileiras amamentam por apenas 34 dias. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 20 out. 2000, p.C-1.

MAURY, N. et.al. What works in prevention: principles of effective prevention programs. **American Psychologist***,* v.58, n.7, p.449-456, 2003.

MAZET, P. Symptomes, maladies et malades psychosomatiques. **Revue de Neuropsychiatrie Infantile**, v.25, n.34, p.195-201, 1977.

MELTZER, D. The kleinian expansion of Freud's metapsychology. **International Journal of Psychoanalysis,** v.62, p.177-185, 1981.

MEZAN, R. Do auto-erotismo ao objeto: a simbolização segundo Ferenczi. **Percurso***,* v.6, n.10, p.19-30, 1993.

MEZAN, R. Sobre a pesquisa em psicanálise. **Psychê**, ano 2, n.2, p.87-97, 1998.

MEZAN, R. **Interfaces da psicanálise**. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2002.

MOHACSY, I. Psychoanalysis and prevention in childhood mental health. **Contemporary Psychoanalysis**, v.19, n.2, p.265-275, 1983.

MOTTA, S. P. P. Prevenção em saúde mental – por que não? In: MOTTA, S. P. P. **O bebê e a modernidade**: abordagens teórico-clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002, p.109-116.

MRAZEK, P. J., HAGGERTY, R. J. (Eds.). **Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research**. Washington, DC: National Academy Press.1994.

MRECH, L. M. Além do sentido e do significado: a concepção psicanalítica da criança e do brincar. In: KISHIMOTO, T. M. **O brincar e suas teorias**. São Paulo: Pioneira, 2002.

MUÑOZ, R.F.; MRAZEK, P.J.; HAGGERTY, R.J. Institute of medicine report on prevention of mental disorders: summary and commentary. **American Psychologist***,* v.51, n.11, p.1116-1122, 1996. Disponível em: http://gateway.ovid.com. Acesso em: 05 fev. 2005

OLSON, S. **A história da humanidade**. Rio de Janeiro: Campus, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório mundial de saúde 2001**: saúde mental: nova concepção, nova esperança. 1ª edição, Lisboa, 2002. Disponível em: http://gateway.ovid.com. Acesso em: 12 fev. 2005

O'SHAUGHNESSY, E. Melanie Klein (1882-1960) – uma visão atual. **Revista Brasileira de Psicanálise,** v.16, p.275, 1982.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Health promotion**: an anthology (PAHO Scientific Publication 557). Washington, DC, 1996. Disponível em: http://gateway.ovid.com. Acesso em: 12 fev. 2005

PEREZ – SANCHEZ, M. **Observação de bebês**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

PETERFREUND, E. Some critical comments on psychoanalytic conceptualization of infancy. **International Journal of Psychoanalysis***,* v.59, p.427-441, 1978.

PIAGET, J. **Seis estudos de Psicologia**. São Paulo: Forense, 1967.

PIAGET, J.; INHELDER, B. **A Psicologia da Criança**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1993.

PIAGET, J. **A construção do real na criança**. São Paulo: Ática, 2002.

PINKER, S. **Como a mente funciona**. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

PINKER, S. **The blank slate:** modern denial of human nature. New York: Viking (Penguin Putnam), 2002.

PINTO, E. B. O desenvolvimento do comportamento da criança no primeiro ano de vida: padronização de uma escala para a avaliação do comportamento. **Revista de Psiquiatria & Psicanálise com crianças e adolescentes***,* v.2, n.5, p.17, 1997.

PORTER, R. H.; MAKIN, J. W.; DAVIS, L. B.; CHRISTENSEN, K. M. An assessment of the salient olfactory environment of formulated infants. **Physiology and Behavior**, v.50, p.907-911, 1992.

PORTOLESE, D. A. psicanálise e política de saúde pública. **Revista Brasileira de Psicanálise,** v.35, n.3, p.751-761, 2001.

RICKMAN, J. **Educação de crianças**. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

RIPA di MEANA, G. Prevention: a psychoanalytic viewpoint. **Eating and Weight Disorders**, v.61, n.1, p.45-48, 2001.

ROHENKOHL, C. M. F. Numa rede tecendo bordas e a preocupação com os olhos de Lisa. In: ROHENKOHL, C. M. F. **O bebê e a modernidade**: abordagens teórico-clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002, p.99-107.

ROSENFELD, H. (1971) Uma contribuição à psicopatologia dos estados psicóticos: a importância da identificação projetiva na estrutura do ego e nas relações de objeto do paciente psicótico. In: SPPILIUS, E.B. (ed.). **Melanie Klein hoje**: desenvolvimentos da teoria e da técnica. Trad. Belinda Haber Mandelbaum. Rio de Janeiro: Imago, 1991. p.125-145.

ROSENFELD, H. Primitive object relations and mechanisms. **International Journal of Psychoanalysis***,* v.64, p.261-267, 1983.

ROUDINESCO, E. PLON, M. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

RUTTER, M. Parent-child separation: psychological effects in the child. **The Journal of the child Psychology and Psychiatry**, v.12, p.233-260, 1971.

RUTTER, M. Maternal deprivation reconsidered. **Journal of Psychosomatic Research**, v.16, p.241-250, 1972.

SEGAL, H. (1954) Notas sobre a formação de símbolos. In: SPPILIUS, E.B. (ed.). **Melanie Klein hoje**: desenvolvimentos da teoria e da técnica. Trad. Belinda Haber Mandelbaum. Rio de Janeiro: Imago, 1991. p.167-184.

SEGAL, H. **Introdução à obra de Melanie Klein**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

SHEDLER, J.; MAYNAN, M; MANIS, M. The illusion of mental health. **American Psychologist,** v.48, n.11, p.1117-1131, 1993. Disponível em: http://gateway.ovid.com. Acesso em: 22 jan. 2005

SHINN, M.; TOOHEY, S.M. Refocusing on primary prevention. **Prevention and Treatment***,* v.4, 2001. Disponível em: http://gateway.ovid.com. Acesso em: 22 jan. 2005

SHORE, M.F. The making, unmaking and remaking of primary prevention. **Journal of Mental Health,** v.7, n.5, p.471-477, 1998. Disponível em: http://search.epnet.com. Acesso em 22 jan. 2005

SIMON, R. **Introdução à psicanálise**: Melanie Klein. São Paulo, E.P.U., 1986.

SIMON, R. **Psicologia clínica preventiva**: novos fundamentos. São Paulo: E.P.U., 1989.

SIMON, R. Concordâncias e divergências entre psicanálise e psicoterapia psicanalítica. **Jornal de Psicanálise**, v.32, n.58/59, p.245-264, 1999.

SIMON, R. **Psicoterapia breve operacionalizada**: teoria e técnica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

SOUZA MELO, J. B. Melanie Klein sob a ótica de Donald Meltzer. **Alter**: **Jornal de Estudos Psicodinâmicos***,* v.11, p.127-132, 1981.

SPILLIUS, E. B. Some developments from the work of Melanie Klein. **International Journal of Psychoanalysis***,* v.64, p.321-332, 1983.

SPITZ, R. A. **Desenvolvimento emocional do recém-nascido**. Rio de Janeiro: Pioneira, 1960.

SPITZ, R. A. **Primeiro ano de vida**: um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anormal das relações objetais. São Paulo: Martins Fontes, 1979.

STEIN, R. A new look at the theory of Melanie Klein. **International Journal of Psychoanalysis***,* v.71, pt3, p.499-511, 1990.

STEINBERG, S. R.; KINCHELOE, J. L. (Orgs.) **Cultura infantil**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

STEINER, J. (Org.). **Complexo de Édipo hoje**: implicações clínicas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

STERN, D. N. **The interpersonal world of the infant**: a view from psychoanalysis and developmental psychology. New York: Basic Books, 1985.

THOMPSON, P.M. Genetic influences on brain structure. **Nature Neuroscience**, v.4, p. 1253-1258, 2001.

TOMLIN, A.M.; VIEHWEG, S.A. Infant mental health: making a difference. **Professional Psychology: research and practice,** v.34, n.6, p.617-625, 2003. Disponível em: http://gateway.ovid.com. Acesso em: 05 mar. 2005

VAILLANT, G.E.; VAILLANT, C.O. **Normality and mental health.** In: SADOCK, B.J.; SADOCK, V.A.(Ed.). Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry, 8th ed., 2004. Disponível em: http://gateway.ovid.com. Acesso em: 05 mar. 2005

VEIGA, F. D. **A criação segundo Freud**. 2ed. Rio de Janeiro: Relume Dumara, 1992.

VYGOTSKY, L. S. **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

VYGOTSKY, L. S. **Social referencing and social construction of reality in infancy**. New York: Plenum Press, 1992.

VYGOTSKY, L. S. **Pensamento e Linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

WILSON, E. O. **Sociobiology**. Cambridge: Belknap Press, 1980.

WILSON, E. O. **Da natureza humana**. São Paulo: T. Queiroz, 1981.

WINNICOTT, D. W. (1945). Desenvolvimento emocional primitivo. In: WINNICOTT, D.W. **Natureza humana**. Rio de Janeiro: Imago, 1990, p.119-135.

WINNICOTT, D. W. **A criança e o seu mundo**. Rio de Janeiro: Zahar, 1966.

WINNICOTT, D. W. (1965) **The Maturational process and the facilitating environment:** studies in the theory of emotional development. London: Karnac and the Institute of Psycho-Analysis, 1990.

WINNICOTT, D. W. **Ambiente e os processos de maturação**: estudo sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990a.

WINNICOTT, D. W. **Natureza humana**. Rio de Janeiro: Imago, 1990b.

YARROW, L. J. Maternal deprivation: toward an empirical and conceptual reevaluation. **Psychological Bulletin**, v.58, n.6, p.459-490, 1961.

YOUNISS, J. **Parents and peers in social development**. Chicago: Phoenix book, 1982.

ZUBRICK, S. R.; SILBURN, S. R.; BURTON, P.; BLAIR, E. Mental health disorders in children and young people: scope, cause and prevention. **Australian and New Zealand**

Journal of Psychiatry, v.34, p.570-578, 2000. Disponível em: http://search.epnet. Acesso em: 22 jan. 2005