

CAPÍTULO 5

Klein: Teoria das Relações Objetais

- ◆ *Panorama da teoria das relações objetais*

- ◆ *Biografia de Melanie Klein*

- ◆ *Introdução à teoria das relações objetais*

- ◆ *A vida psíquica do bebê*

- Fantasias

- Objetos

- ◆ *Posições*

- Posição esquizoparanoide

- Posição depressiva

- ◆ *Mecanismos de defesa psíquicos*

- Introjeção

- Projeção

- Dissociação

- Identificação projetiva

- ◆ *Internalizações*

- Ego

- Superego

- Complexo de Édipo

- Desenvolvimento edípico feminino

- Desenvolvimento edípico masculino

- ◆ *Visões posteriores das relações objetais*

- A visão de Margaret Mahler

- A visão de Heinz Kohut

- A teoria do apego de John Bowlby

- Mary Ainsworth e a *situação estranha*



Klein

- ◆ *Psicoterapia*

- ◆ *Pesquisa relacionada*

- Trauma infantil e relações objetais adultas

- Teoria do apego e as relações adultas

- ◆ *Críticas à teoria das relações objetais*

- ◆ *Conceito de humanidade*

- ◆ *Termos-chave e conceitos*

Melanie Klein, a mulher que desenvolveu uma teoria que enfatizava a relação de nutrição e amorosa entre pais e filhos, não teve uma relação nem de nutrição, nem amorosa com sua própria filha Melitta. O distanciamento entre mãe e filha começou cedo. Melitta era a mais velha de três filhos, nascidos de pais que não gostavam particularmente um do outro. Quando Melitta tinha 15 anos, seus pais se separaram e ela culpava a mãe pela separação e pelo divórcio que se seguiu. Quando Melitta amadureceu, sua relação com a mãe se tornou mais áspera.

Depois que Melitta se formou em medicina, passou por uma análise pessoal e apresentou trabalhos acadêmicos na Sociedade Psicanalítica Britânica, tornou-se membro oficial daquela sociedade, profissionalmente igual a sua mãe.

Seu analista, Edward Glover, era um feroz rival de Melanie Klein. Glover, que encorajava a independência de Melitta, foi, pelo menos de forma indireta, responsável pelos ataques violentos de Melitta a sua mãe. A animosidade entre mãe e filha tornou-se ainda mais intensa quando Melitta se casou com Walter Schmideberg, outro analista que se opunha fortemente a Klein e que apoiava de modo aberto Anna Freud, a rival mais impetuosa de Klein.

Apesar de ser membro titular da Sociedade Psicanalítica Britânica, Melitta Schmideberg acreditava que sua mãe a via como um apêndice, não como colega. Em uma carta com palavras fortes endereçada à mãe no verão de 1934, Melitta escreveu:

Espero que você... também me permita lhe dar um conselho... Sou muito diferente de você. Eu já lhe disse anos atrás que nada me causa uma reação pior do que tentar forçar sentimentos em mim – essa é a maneira mais segura de matar todos os sentimentos... Agora estou crescida e preciso ser independente. Tenho minha própria vida, o meu marido. (Citado em Grosskurth, 1986, p. 199)

Melitta seguiu dizendo que não mais se relacionaria com sua mãe da maneira neurótica dos anos em que era mais jovem. Ela agora tinha uma profissão compartilhada com sua mãe e insistia que fosse tratada como uma igual.

A história de Melanie Klein e sua filha assume uma nova perspectiva à luz da ênfase que a teoria das relações objetais coloca na importância da relação entre mãe e filho.

PANORAMA DA TEORIA DAS RELAÇÕES OBJETAIS

A **teoria das relações objetais** de Melanie Klein foi construída a partir de observações de crianças pequenas. Em contraste com Freud, que destacava os primeiros 4 a 6 anos de vida, Klein enfatizava a importância dos primeiros 4 a 6 meses após o nascimento. Ela insistia em que os impulsos do bebê (fome, sexo, etc.) são direcionados para um objeto:

o seio, o pênis, a vagina. De acordo com Klein, a relação da criança com o seio é fundamental e serve como um protótipo para relações posteriores com objetos totais, como a mãe e o pai. A tendência muito precoce dos bebês a se relacionarem com objetos parciais empresta a suas experiências uma qualidade irrealista ou semelhante a uma fantasia que afeta todas as relações interpessoais posteriores. Assim, as ideias de Klein tendem a mudar o foco da teoria psicanalítica de estágios do desenvolvimento com base orgânica para o papel da fantasia precoce na formação das relações interpessoais.

Além de Klein, outros teóricos especularam sobre a importância das experiências precoces do bebê com a mãe. Margaret Mahler acreditava que a noção de identidade das crianças se apoia sobre uma relação de três passos com sua mãe. Primeiro, os bebês têm suas necessidades básicas atendidas pela mãe; a seguir, desenvolvem uma relação simbiótica segura com uma mãe toda-poderosa; e, finalmente, emergem do círculo protetor da mãe e estabelecem sua individualidade separada. Heinz Kohut teorizou que as crianças desenvolvem uma noção de *self* durante a primeira infância, quando os pais e outras pessoas as tratam como se elas tivessem uma noção de identidade individualizada. John Bowlby investigou o vínculo dos bebês com a mãe, além das consequências negativas de serem separados dela. Mary Ainsworth e colaboradores desenvolveram uma técnica para medir o tipo de vínculo que um bebê estabelece com sua cuidadora.

BIOGRAFIA DE MELANIE KLEIN

Melanie Reizes Klein nasceu em 30 de março de 1882, em Viena, Áustria. A mais moça de quatro filhos nascidos do doutor Moriz Reizes e sua segunda esposa, Libussa Deutsch Reizes, Klein acreditava que seu nascimento não tinha sido planejado – uma crença que a levou a sentimentos de ser rejeitada por seus pais. Ela se sentia especialmente distante do pai, o qual favorecia sua irmã mais velha, Emilie (Sayers, 1991). Na época em que Melanie nasceu, seu pai, há algum tempo, tinha se rebelado contra seu treinamento anterior como judeu ortodoxo e havia parado de praticar qualquer religião. Em consequência, Klein cresceu em uma família que não era pró-religiosa nem anti-religiosa.

Durante a infância, Klein observou os pais trabalhando em atividades que eles não gostavam. Seu pai era um médico que lutava para ganhar a vida na medicina e, eventualmente, se via obrigado a trabalhar como auxiliar de dentista. Sua mãe administrava uma loja que vendia plantas e répteis, um trabalho difícil, humilhante e assustador para alguém que tinha aversão por cobras (H. Segal, 1979). Apesar da renda escassa de seu pai como médico, Klein desejava seguir essa profissão.

As relações precoces de Klein foram insalubres ou terminaram em tragédia. Ela se sentia negligenciada pelo pai idoso, a quem ela via como frio e distante, e, embora amasse e idolatrasse sua mãe, sentia-se sufocada por ela. Klein tinha uma afeição especial por sua irmã Sidonie, que era quatro anos mais velha e que ensinava aritmética e leitura a Melanie. Infelizmente, quando Melanie tinha 4 anos de idade, Sidonie morreu. Anos depois, Klein confessou que nunca superou o luto por Sidonie (H. Segal, 1992). Após a morte da irmã, Klein vinculou-se profundamente a seu único irmão, Emmanuel, que era quase cinco anos mais velho e que se tornou seu confidente íntimo. Ela idolatrava seu irmão, e esse fascínio pode ter contribuído para suas dificuldades posteriores em se relacionar com homens. Assim como Sidonie anteriormente, Emmanuel ensinava Melanie, e suas excelentes instruções a ajudaram a passar nos exames de ingresso para uma escola preparatória respeitável (Petot, 1990).

Quando Klein tinha 18 anos, seu pai morreu, mas uma tragédia maior ocorreu dois anos depois, quando seu amado irmão, Emmanuel, faleceu. A morte de Emmanuel deixou Klein devastada. Enquanto ainda lamentava a morte do irmão, ela se casou com Arthur Klein, um engenheiro que tinha sido um amigo muito próximo de Emmanuel. Melanie acreditava que seu casamento aos 21 anos impediu que ela se tornasse médica e, pelo resto de sua vida, lamentou não ter alcançado esse objetivo (Grosskurth, 1986).

Klein não teve um casamento feliz; ela temia o sexo e tinha aversão à gravidez (Grosskurth, 1986). No entanto, em seu casamento com Arthur, gerou três filhos: Melitta, nascida em 1904; Hans, nascido em 1907; e Erich, nascido em 1914. Em 1909, os Klein se mudaram para Budapeste, para onde Arthur havia sido transferido. Lá, Klein conheceu Sandor Ferenczi, um membro do círculo restrito de Freud e a pessoa que a apresentou ao mundo da psicanálise. Quando sua mãe morreu, em 1914, Klein ficou deprimida e iniciou análise com Ferenczi, uma experiência que representou um momento decisivo em sua vida. No mesmo ano, ela leu *Sobre os sonhos*, de Freud (1901/1953), "e percebi imediatamente que aquilo era o que eu estava buscando, pelo menos durante aqueles anos em que eu estava ávida por encontrar o que me satisfaria intelectual e emocionalmente" (citado em Grosskurth, 1986, p. 69). Mais ou menos na mesma época em que descobriu Freud, nasceu seu filho mais moço, Erich. Klein estava bastante tomada pela psicanálise e treinou seu filho de acordo com os princípios freudianos. Como parte desse treinamento, ela começou a analisar Erich desde quando ele era muito pequeno. Além disso, ela tentou analisar Melitta e Hans, ambos os quais posteriormente foram para outros analistas. Melitta, que se tornou psicanalista, foi analisada por Karen Horney (ver Cap. 6) e também por outros (Grosskurth, 1986). Um paralelo interessante entre Horney e Klein é que Klein, posteriormente, analisou as

duas filhas mais moças de Horney, quando elas tinham 12 e 9 anos de idade (a filha mais velha de Horney tinha 14 anos e se recusou a ser analisada). Ao contrário da análise voluntária de Melitta com Horney, as duas filhas de Horney foram forçadas a frequentar as sessões analíticas, não para tratamento de algum transtorno neurótico, mas como medida preventiva (Quinn, 1987).

Klein se separou do marido em 1919, mas não obteve o divórcio durante muitos anos. Após a separação, ela estabeleceu uma prática psicanalítica em Berlim e fez suas primeiras contribuições para a literatura psicanalítica com um trabalho que abordava sua análise com Erich, que não foi identificado como seu filho até muito depois de ela morrer (Grosskurth, 1998). Não completamente satisfeita com a própria análise com Ferenczi, ela acabou a relação e começou uma análise com Karl Abraham, outro membro do círculo restrito de Freud. Depois de apenas 14 meses, no entanto, Klein passou por outra tragédia, quando Abraham morreu. Nesse ponto de sua vida, Klein decidiu começar uma autoanálise, a qual continuou pelo resto da vida. Antes de 1919, os psicanalistas, incluindo Freud, baseavam suas teorias do desenvolvimento infantil em seu trabalho terapêutico com *adultos*. O único estudo de caso de Freud com uma criança foi o Pequeno Hans, um menino que ele viu como paciente apenas uma vez. Melanie Klein mudou essa situação analisando diretamente crianças. Seu trabalho com crianças muito pequenas, incluindo o próprio filho, convenceu-a de que as crianças internalizam sentimentos positivos e negativos em relação à mãe e que desenvolvem um superego muito antes do que Freud acreditava. Sua pequena divergência da teoria psicanalítica convencional causou muitas críticas por parte de seus colegas em Berlim, fazendo com que ela se sentisse cada vez mais desconfortável naquela cidade. Então, em 1926, Ernest Jones a convidou para ir a Londres analisar seus filhos e fazer uma série de conferências sobre análise infantil. Essas conferências, tempos depois, resultaram em seu primeiro livro, *A psicanálise de crianças* (Klein, 1932). Em 1927, ela fixou residência na Inglaterra, permanecendo lá até sua morte, em 22 de setembro de 1960. No dia de sua cerimônia fúnebre, sua filha Melitta fez um insulto póstumo ao realizar um discurso profissional usando botas vermelho *flamboyant*, o que escandalizou muitos dos presentes (Grosskurth, 1986).

Os anos de Klein em Londres foram marcados por divisão e controvérsia. Ainda que ela continuasse a se considerar como freudiana, nem Freud nem sua filha Anna aceitavam sua ênfase na importância da infância muito precoce ou sua técnica analítica com crianças. Suas diferenças com Anna Freud começaram enquanto os Freud ainda estavam morando em Viena, mas seu clímax ocorreu quando Anna se mudou com o pai e a mãe para Londres, em 1938. Antes da chegada de Anna Freud, a escola inglesa de psicanálise estava se estabilizando como "escola kleiniana",

e as batalhas de Klein estavam limitadas, principalmente, àquelas com sua filha, Melitta, e essas batalhas eram ferozes e pessoais.

Em 1934, o filho mais velho de Klein, Hans, morreu em uma queda. Melitta, que havia se mudado recentemente para Londres com seu marido psicanalista, Walter Schmideberg, sustentou que seu irmão havia cometido suicídio e acusou sua mãe pela morte dele. Durante aquele mesmo ano, Melitta começou uma análise com Edward Glover, um dos rivais de Klein na Sociedade Psicanalítica Britânica. Klein e sua filha, então, tornaram-se ainda mais afastadas no âmbito pessoal e antagonistas profissionalmente, e Melitta manteve sua animosidade mesmo depois da morte da mãe.

Mesmo que Melitta Schmideberg não fosse uma apoiadora de Anna Freud, seu antagonismo persistente em relação a Klein aumentou as dificuldades da batalha de Klein com Anna Freud, a qual nunca reconheceu a possibilidade de analisar crianças pequenas (King & Steiner, 1991; Mitchell & Black, 1995). O atrito entre Klein e Anna Freud jamais cedeu, com cada lado alegando ser mais "freudiano" do que o outro (Hughes, 1989). Por fim, em 1946, a Sociedade Psicanalítica Britânica aceitou três procedimentos de treinamento: o tradicional de Melanie Klein, o defendido por Anna Freud e o de um grupo intermediário que não aceitava qualquer escola de treinamento, mas era mais eclético em sua abordagem. Com essa divisão, a Sociedade Psicanalítica Britânica permaneceu intacta, embora com uma aliança desconfortável.

INTRODUÇÃO À TEORIA DAS RELAÇÕES OBJETAIS

A teoria das relações objetais é fruto da teoria dos instintos de Freud, porém difere de sua antecedente em, pelo menos, três aspectos gerais. Primeiro, a teoria das relações objetais coloca menos ênfase nos impulsos fundamentados biologicamente e mais importância nos padrões consistentes das relações interpessoais. Segundo, contrariamente à teoria paternalista de Freud, que enfatiza o poder e o controle do pai, a teoria das relações objetais tende a ser mais materna, destacando a intimidade e a criação da mãe. Terceiro, os teóricos das relações objetais veem, em geral, o contato e as relações humanas – não o prazer sexual – como o motivo primordial do comportamento humano.

De forma mais específica, no entanto, o conceito de relações objetais possui muitos significados, assim como existem muitos teóricos das relações objetais. Este capítulo concentra-se, principalmente, no trabalho de Melanie Klein, mas também discute de modo breve as teorias de Margaret S. Mahler, Heinz Kohut, John Bowlby e Mary Ainsworth. Em geral, o trabalho de Mahler se preocupou com o esforço do bebê para obter autonomia e uma noção de *self*; Kohut, com

a formação do *self*; Bowlby, com os estágios da ansiedade de separação; e Ainsworth, com os estilos de apego.

Se Klein é a mãe da teoria das relações objetais, então Freud é o pai. Lembre-se do Capítulo 2, que diz que Freud (1915/1957a) acreditava que os instintos ou impulsos têm um *impeto*, uma *origem*, uma *finalidade* e um *objeto*, com esses dois últimos tendo maior significado psicológico. Ainda que impulsos diferentes possam parecer ter finalidades separadas, o propósito subjacente é sempre o mesmo: reduzir a tensão: isto é, alcançar o prazer. Em termos freudianos, o **objeto** do impulso é uma pessoa, parte de uma pessoa ou coisa por meio da qual a finalidade é satisfeita. Klein e outros teóricos das relações objetais começam com esse pressuposto básico de Freud e, então, especulam sobre como as relações precoces reais ou fantasiadas do bebê com a mãe ou o seio se tornam um modelo para todas as relações interpessoais posteriores. As relações adultas, portanto, nem sempre são o que parecem. Uma parte importante de qualquer relação são as representações psíquicas internas de objetos precoces significativos, como o seio da mãe ou o pênis do pai, que foram *introjetadas*, ou assimiladas à estrutura psíquica do bebê, e, então, *projetadas* em seu parceiro. Essas imagens internas não são representações precisas da outra pessoa, mas remanescentes das experiências precoces de cada indivíduo.

Apesar de Klein continuar se considerando freudiana, ela estendeu a teoria psicanalítica além das fronteiras definidas por Freud. Por sua vez, Freud optou por ignorar Klein. Quando pressionado a opinar sobre o trabalho dela, tinha pouco a dizer. Por exemplo, em 1925, quando Ernest Jones escreveu a ele elogiando o "trabalho valioso" de Klein com a análise infantil e a ludoterapia, Freud simplesmente respondeu que "o trabalho de Melanie Klein suscitou dúvidas e controvérsias consideráveis aqui em Viena" (Steiner, 1985, p. 30).

A VIDA PSÍQUICA DO BEBÊ

Enquanto Freud enfatizava os primeiros anos de vida, Klein destacava a importância dos primeiros 4 a 6 meses. Para ela, os bebês não começam a vida com uma tela em branco, mas com uma predisposição herdada de reduzir a ansiedade que experimentam em consequência do conflito produzido pelas forças do instinto de vida e do instinto de morte. A prontidão inata do bebê para agir ou reagir pressupõe a existência de *dotação filogenética*, um conceito que Freud também aceitava.

Fantasias

Um dos pressupostos básicos de Klein é que o bebê, mesmo no nascimento, possui uma vida de fantasia ativa. Essas fantasias são representações psíquicas dos instintos inconscientes do id; portanto, não devem ser confundidas

com as fantasias conscientes das crianças mais velhas e dos adultos. De fato, Klein, de modo intencional, escrevia “phantasy”, para torná-la distinta. Quando Klein (1932) escreveu sobre a dinâmica vida de fantasia dos bebês, ela não sugeriu que os recém-nascidos conseguissem colocar os pensamentos em palavras. Ela simplesmente queria dizer que eles possuem imagens inconscientes de “bom” e “mau”. Por exemplo, um estômago cheio é bom; um vazio é mau. Assim, Klein dizia que os bebês que adormecem enquanto sugam os dedos estão fantasiando ter o seio bom da mãe dentro deles. Da mesma forma, os bebês com fome que choram e esperneiam estão fantasiando chutar ou destruir o seio mau.

À medida que o bebê amadurece, as fantasias inconscientes conectadas com o seio continuam a exercer um impacto na vida psíquica, mas também surgem novas fantasias. Essas fantasias inconscientes posteriores são moldadas pela realidade e pelas predisposições herdadas. Uma dessas fantasias envolve o complexo de Édipo, ou o desejo da criança de destruir um dos pais e possuir sexualmente o outro. (A noção de Klein do complexo de Édipo é discutida com mais detalhes na seção Internalizações.) Como essas fantasias são inconscientes, elas podem ser contraditórias. Por exemplo, um menino pode fantasiar que está batendo em sua mãe e tendo bebês com ela. Essas fantasias se originam, em parte, das experiências do menino com a mãe e, em parte, das predisposições universais de destruir o seio mau e incorporar o bom.

Objetos

Klein concordava com Freud que os humanos possuem impulsos ou instintos inatos, incluindo um *instinto de morte*. Os impulsos, é claro, precisam ter algum objeto. Assim, o impulso da fome tem o seio bom como seu objeto, o impulso sexual tem um órgão sexual como seu objeto, e assim por diante. Klein (1948) acreditava que, desde o início da infância, as crianças se relacionam com esses objetos externos, tanto em fantasia quanto na realidade. As primeiras relações objetuais são com o seio da mãe, mas “logo em seguida se desenvolve interesse pelo rosto e pelas mãos, os quais atendem a suas necessidades e as gratificam” (Klein, 1991, p. 757). Em sua fantasia ativa, os bebês *introjetam* ou assimilam a sua estrutura psíquica esses objetos externos, incluindo o pênis do pai, as mãos e o rosto da mãe e outras partes do corpo. Os objetos introjetados são mais do que pensamentos internos acerca dos objetos externos; eles são fantasias de internalizar o objeto em termos concretos e físicos. Por exemplo, as crianças que introjetaram sua mãe acreditam que ela está constantemente dentro do corpo delas. A noção de Klein de objetos internos sugere que esses objetos têm força própria, comparável ao conceito de Freud de superego, que supõe que a consciência do pai ou da mãe é carregada dentro da criança.

Posições

Klein (1946) via os bebês como constantemente se engajando em um conflito básico entre o instinto de vida e o instinto de morte, ou seja, entre bom e mau, amor e ódio, criatividade e destruição. À medida que o ego avança em direção à integração e se afasta da desintegração, os bebês naturalmente preferem sensações gratificantes em relação às frustrantes.

Na tentativa de lidar com essa dicotomia de bons e maus sentimentos, os bebês organizam suas experiências em **posições**, ou formas de lidar com os objetos internos e externos. Klein escolheu o termo “posição” em vez de “estágio do desenvolvimento” para indicar que as posições se alternam para a frente e para trás; elas não são períodos de tempo ou fases do desenvolvimento pelos quais uma pessoa passa. Apesar de ter usado rótulos psiquiátricos ou patológicos, Klein tinha em mente que essas posições representavam o crescimento e o desenvolvimento social *normal*. As duas posições básicas são a *posição esquizoparanoide* e a *posição depressiva*.

Posição esquizoparanoide

Durante os primeiros meses de vida, o bebê entra em contato com o seio bom e o seio mau. Essas experiências alternantes de gratificação e frustração ameaçam a própria existência de seu ego vulnerável. O bebê deseja controlar o seio devorando-o e abrigando-o. Ao mesmo tempo, os impulsos destrutivos inatos do bebê criam fantasias de dano ao seio mordendo-o, rasgando-o, aniquilando-o. Para tolerar tais sentimentos em relação ao mesmo objeto ao mesmo tempo, o ego se divide, retendo parte de seus instintos de vida e de morte enquanto desvia partes dos dois instintos para o seio. Agora, em vez de temer o próprio instinto de morte, o bebê teme o *seio persecutório*. Mas o bebê também tem uma relação com o *seio ideal*, que dá amor, conforto e gratificação. O bebê deseja manter o seio ideal dentro dele como uma proteção contra a aniquilação pelos perseguidores. Para controlar o seio bom e combater seus perseguidores, o bebê adota o que Klein (1946) denominou **posição esquizoparanoide**, uma forma de organizar as experiências que inclui os sentimentos paranoides de ser perseguido e uma divisão dos objetos internos e externos em bons e maus.

De acordo com Klein, os bebês desenvolvem a posição esquizoparanoide durante os primeiros 3 a 4 meses de vida, durante os quais a percepção que o ego tem do mundo externo é subjetiva e fantástica, em vez de objetiva e real. Assim, os sentimentos persecutórios são considerados paranoides; ou seja, eles não estão fundamentados em algum perigo real ou imediato do mundo externo. A criança precisa manter o seio bom e o seio mau separados, porque confundi-los seria arriscar a aniquilação do seio bom e perdê-lo

como porto seguro. No mundo esquizoide do bebê, a ira e os sentimentos destrutivos são direcionados para o seio mau, enquanto os sentimentos de amor e conforto estão associados ao seio bom.

Os bebês, é claro, não usam a linguagem para identificar o seio bom e o mau. Em vez disso, eles possuem uma predisposição biológica a vincularem um valor positivo à nutrição e ao instinto de vida e a atribuírem um valor negativo à fome e ao instinto de morte. Essa dissociação pré-verbal do mundo em bom e mau serve como protótipo para o posterior desenvolvimento de sentimentos ambivalentes em relação a uma única pessoa. Por exemplo, Klein (1946) comparou a posição esquizoparanoide infantil com os sentimentos de transferência que os pacientes em terapia muitas vezes desenvolvem em relação ao terapeuta.

Sob pressão da ambivalência, do conflito e da culpa, o paciente com frequência dissocia a figura do analista, e, assim, o analista pode, em certos momentos, ser amado; em outros momentos, odiado. Ou o analista pode ser dissociado de uma forma que ele permaneça sendo a figura boa (ou má), enquanto outra pessoa se torna a figura oposta. (p. 19)

Os sentimentos ambivalentes não estão limitados às situações terapêuticas. A maioria das pessoas tem sentimentos positivos e negativos em relação aos entes queridos. A ambivalência consciente, no entanto, não captura a essência da posição esquizoparanoide. Quando os adultos adotam tal posição, fazem isso de maneira primitiva e inconsciente. Conforme assinalado por Ogden (1990), eles podem se ver como um objeto passivo, em vez de um sujeito ativo. Provavelmente eles diriam: "Ele é perigoso", em vez de dizer: "Estou consciente de que ele é perigoso para mim". Outras pessoas podem projetar seus sentimentos paranoides inconscientes nos outros como um meio de evitar sua própria destruição pelo seio malévolos. Outros, ainda, podem projetar seus sentimentos positivos inconscientes em outra pessoa e ver essa pessoa como perfeita, enquanto veem a si mesmos como vazios ou sem valor.

Posição depressiva

Em torno dos 5 ou 6 meses, um bebê começa a ver os objetos externos como um todo e a entender que o bom e o mau podem existir na mesma pessoa. Nessa época, desenvolve uma imagem mais realista da mãe e reconhece que ela é uma pessoa independente que pode tanto ser boa quanto má. Além disso, o ego está começando a amadurecer até o ponto em que consegue tolerar alguns dos próprios sentimentos destrutivos, em vez de projetá-los. No entanto, o bebê também percebe que a mãe pode ir embora e ser perdida para sempre. Temendo essa possível perda, o bebê deseja proteger a mãe e mantê-la afastada dos perigos de suas próprias forças destrutivas, aqueles impulsos canibalísticos que anteriormente tinham sido projetados nela.

Todavia, o ego do bebê é maduro o suficiente para perceber que ele não tem capacidade de proteger a mãe, e, assim, o bebê experimenta culpa por seus impulsos destrutivos anteriores em relação à mãe. Os sentimentos de ansiedade quanto à perda de um objeto amado associados a um sentimento de culpa por querer destruir aquele objeto constituem o que Klein denominou **posição depressiva**.

As crianças na posição depressiva reconhecem que o objeto amado e o objeto odiado são, agora, um único objeto. Elas se censuram pelos impulsos destrutivos anteriores em relação à mãe e desejam fazer a *reparação* desses ataques. Como as crianças veem sua mãe como um todo e também como ameaçadas, elas são capazes de sentir *empatia* por ela, uma qualidade que será benéfica em suas relações interpessoais futuras.

A posição depressiva é resolvida quando as crianças fantasiam que fizeram a reparação por suas transgressões anteriores e quando reconhecem que a mãe não irá embora permanentemente, mas retornará depois de cada partida. Quando a posição depressiva é resolvida, as crianças encerram a dissociação entre a mãe boa e a mãe má. Elas são capazes não só de experimentar o amor *da* mãe, mas também de expressar seu amor *por* ela. Contudo, uma resolução incompleta da posição depressiva pode resultar em falta de confiança, luto patológico pela perda de uma pessoa amada e uma variedade de outros transtornos psíquicos.

MECANISMOS DE DEFESA PSÍQUICOS

Klein (1955) sugeriu que, desde o início da infância, as crianças adotam vários mecanismos de defesa psíquicos para proteger seu ego contra a ansiedade despertada por suas fantasias destrutivas. Esses sentimentos destrutivos intensos surgem com as ansiedades oral-sádicas referentes ao seio – o seio temido e destrutivo, por um lado, e o seio gratificante e prestativo, por outro. Para controlar tais ansiedades, os bebês usam vários mecanismos de defesa psíquicos, como *introjeção*, *projeção*, *dissociação* e *identificação projetiva*.

Introjeção

Por **introjeção**, Klein simplesmente queria dizer que os bebês fantasiam incorporar a seu corpo aquelas percepções e experiências que tiveram com o objeto externo, originalmente o seio da mãe. A introjeção começa com a primeira alimentação do bebê, quando existe uma tentativa de incorporar o seio da mãe ao corpo dele. Normalmente, o bebê tenta introjetar objetos bons, incorporá-los dentro de si como uma proteção contra a ansiedade. Contudo, às vezes, um bebê projeta objetos maus, como o seio mau ou o pênis mau, para obter controle sobre eles. Quando os objetos perigosos são introjetados, eles se transformam em perseguidores internos, capazes de aterrorizar o bebê e dei-

xar resíduos assustadores que podem ser expressos em sonhos ou em um interesse por contos de fadas como "O lobo mau" ou "Branca de Neve e os sete anões".

Os objetos introjetados não são representações precisas dos objetos reais, mas influenciados pelas fantasias das crianças. Por exemplo, os bebês fantasiam que a mãe está constantemente presente, ou seja, eles sentem que a mãe está sempre dentro de seu corpo. A mãe real, é claro, não está presente de forma perceptiva, mas os bebês a devoram em fantasia para que ela se torne um objeto interno constante.

Projeção

Assim como os bebês usam a projeção para incorporar objetos bons e maus, eles empregam a *projeção* para se livrar deles. Projeção é a fantasia de que sentimentos e impulsos próprios, na verdade, residem em outra pessoa e não dentro de nosso corpo. Ao projetarem impulsos destrutivos incontroláveis nos objetos externos, os bebês aliviam a ansiedade insuportável de serem destruídos por forças internas perigosas (Klein, 1935).

As crianças projetam imagens boas e más nos objetos externos, em especial nos pais. Por exemplo, um menino que deseja castrar o pai pode, em vez disso, projetar essas fantasias de castração no pai, dessa forma invertendo os desejos de castração e acusando o pai de querer castrá-lo. Do mesmo modo, uma menina pode fantasiar que devora a mãe, mas projeta essa fantasia na mãe, a qual ela teme que vá retaliar perseguindo-a.

As pessoas também podem projetar impulsos bons. Por exemplo, os bebês que se sentem bem acerca do seio nutriz da mãe atribuem seus próprios sentimentos de bondade ao seio e imaginam que o seio é bom. Os adultos, por vezes, projetam os próprios sentimentos de amor em outra pessoa e se convencem de que os outros os amam. A projeção permite, assim, que as pessoas acreditem que suas opiniões subjetivas são verdadeiras.

Dissociação

Os bebês só conseguem manejear os aspectos bons e maus deles mesmos e dos objetos externos por meio da **dissociação**, ou seja, separando os impulsos incompatíveis. Para separar objetos bons e maus, o ego precisa, ele próprio, ser dividido. Assim, os bebês desenvolvem uma imagem de "eu bom" e "eu mau" que lhes possibilita lidar com os impulsos prazerosos e destrutivos em relação aos objetos externos.

A dissociação pode ter um efeito positivo ou negativo na criança. Se não for extrema e rígida, pode ser um mecanismo positivo e útil não só para os bebês, mas também para os adultos. Ela possibilita que as pessoas vejam os aspectos positivos e negativos de si mesmas, avaliem seu comportamento como bom ou mau e diferenciem en-

tre os conhecidos admirados e os desagradáveis. Todavia, a dissociação excessiva e inflexível pode levar à repressão patológica. Por exemplo, se o ego das crianças for rígido demais para ser dissociado em eu bom e eu mau, elas não conseguirão introjetar as experiências más no ego bom. Quando as crianças não conseguem aceitar o próprio comportamento mau, precisam lidar com impulsos destrutivos e aterrorizantes da única maneira que conseguem: reprimindo-os.

Identificação projetiva

Um quarto meio de reduzir a ansiedade é a **identificação projetiva**, um mecanismo de defesa psíquico no qual os bebês dissociam partes inaceitáveis de si mesmos, as projetam em outro objeto e, finalmente, as introjetam de volta de forma alterada ou distorcida. Ao incorporarem o objeto de volta, os bebês acreditam que se tornaram como aquele objeto; isto é, eles se identificam com aquele objeto. Por exemplo, os bebês, em geral, dissociam partes de seu impulso destrutivo e as projetam no seio mau e frustrante. A seguir, eles se identificam com o seio introjetando-o, um processo que permite obter controle sobre o seio temido e maravilhoso.

A identificação projetiva exerce uma influência poderosa nas relações interpessoais adultas. Ao contrário da projeção simples, que pode existir completamente em fantasia, a identificação projetiva existe somente no mundo das relações interpessoais reais. Por exemplo, um marido com tendências fortes, mas indesejadas, de dominar os outros projeta esses sentimentos na esposa, a quem ele, então, vê como dominadora. O homem, sutilmente, tenta *tornar* a esposa dominadora. Ele se comporta com submissão excessiva, na tentativa de forçar a esposa a exibir as próprias tendências que ele depositou nela.

INTERNALIZAÇÕES

Quando os teóricos das relações objetais referem-se à **internalização**, eles querem dizer que a pessoa incorpora (introjeta) aspectos do mundo externo e, então, organiza essas introjeções em uma estrutura psicologicamente significativa. Na teoria kleiniana, as três internalizações importantes são: o ego, o superego e o complexo de Édipo.

Ego

Klein (1930, 1946) acreditava que o ego, ou a noção de *self*, atinge a maturidade em um estágio muito anterior ao considerado por Freud. Mesmo que Freud considerasse a hipótese de que o ego existe no nascimento, não lhe atribuía funções psíquicas complexas até aproximadamente o terceiro ou quarto ano de vida. Para ele, a criança pequena é dominada pelo id. Klein, no entanto, ignorou em grande

parte o id e baseou sua teoria na capacidade precoce do ego de perceber as forças destrutivas e amorosas e manejá-las por meio da dissociação, da projeção e da introjeção.

Klein (1959) acreditava que, no nascimento, o ego é antes de mais nada, desorganizado. No entanto, é suficientemente forte para sentir ansiedade, usar mecanismos de defesa e formar relações objetais precoces, tanto em fantasia quanto na realidade. O ego começa a se desenvolver já na primeira experiência do bebê com a amamentação, quando o seio bom o preenche não só com leite, mas com amor e segurança. Porém, o bebê também experimenta o seio mau – aquele que não está presente e não dá leite, amor ou segurança. O bebê projeta o seio bom e o seio mau, e essas imagens fornecem um ponto focal para a maior expansão do ego. Todas as experiências, mesmo aquelas não vinculadas à alimentação, são avaliadas pelo ego em termos de como elas se relacionam com o seio bom e com o seio mau. Por exemplo, quando o ego experimenta o seio bom, ele espera experiências boas similares com outros objetos, como com os próprios dedos, uma chupeta ou o pai. Assim, a primeira relação objetal do bebê (o seio) se transforma no protótipo não só para o desenvolvimento futuro do ego, mas também para as relações interpessoais posteriores do indivíduo.

Entretanto, antes que possa emergir um ego unificado, ele deve, primeiro, dividir-se. Klein partia do princípio de que os bebês lutam de forma inata pela integração, mas, ao mesmo tempo, são forçados a lidar com as forças opostas de vida e morte, como reflexo de sua experiência com o seio bom e o seio mau. Para evitar a desintegração, o ego recém-emergente deve se dissociar em eu bom e eu mau. O eu bom existe quando os bebês estão sendo supridos com leite e amor; o eu mau é experimentado quando eles não recebem leite e amor. Essa imagem dual do *self* permite aos bebês manejar os aspectos bons e maus dos objetos externos. À medida que os bebês amadurecem, suas percepções se tornam mais realistas, eles já não mais veem o mundo em termos de objetos parciais e seu ego se torna mais integrado.

Superego

A imagem de Klein do superego difere da de Freud em pelo menos três aspectos importantes. Primeiro, ele surge muito mais cedo na vida; segundo, ele *não* é fruto do complexo de Édipo; e terceiro, ele é muito mais severo e cruel. Klein (1933) chegou a essas diferenças por meio da análise de crianças pequenas, uma experiência que Freud não teve.

Não deve haver dúvida de que um superego estava em total operação por algum tempo em meus pequenos pacientes entre 2 anos e 9 meses e 4 anos de idade, enquanto de acordo com a visão aceita [freudiana], o superego não começa a ser ativado até que o complexo de Édipo tenha diminuído – isto é, até aproximadamente

5 anos de idade. Além do mais, meus dados mostraram que esse superego precoce era imensuravelmente mais severo e mais cruel do que aquele da criança maior ou do adulto, e que ele, de modo literal, arrasava o ego frágil da criança pequena. (p. 267)

Lembre-se de que Freud conceitualizou o superego como consistindo de dois subsistemas: um ego ideal, que produz sentimentos de inferioridade, e uma consciência, que resulta em sentimentos de culpa. Klein concordava que o superego maduro produz sentimentos de inferioridade e culpa, mas sua análise de crianças pequenas a levou a acreditar que o *superego precoce* produz não culpa, mas *terror*.

Para Klein, as crianças pequenas temem ser devoradas e rasgadas em pedaços – temores que são, em grande parte, desproporcionais aos perigos reais. Por que o superego das crianças está tão drasticamente afastado de qualquer ameaça real da parte de seus pais? Klein (1933) sugeriu que a resposta reside no próprio instinto destrutivo do bebê, que é experimentado como ansiedade. Para manejá-la ansiedade, o ego da criança mobiliza a libido (instinto de vida) contra o instinto de morte. No entanto, ambos os instintos não podem ser separados completamente; portanto, o ego é forçado a se defender contra suas próprias ações. Tal defesa precoce do ego estabelece as bases para o desenvolvimento do superego, cuja violência extrema é uma reação à autodefesa agressiva do ego contra as próprias tendências destrutivas. Klein acreditava que esse superego severo e cruel era responsável por muitas tendências antisociais e criminais em adultos.

Klein descreveu o superego de uma criança de 5 anos de forma muito parecida a Freud. Por volta do 5º ou 6º ano, o superego desperta pouca ansiedade, mas uma grande dose de culpa. Ele já perdeu boa parte de sua severidade, enquanto, de forma gradual, vai sendo transformado em uma consciência realista. Entretanto, Klein rejeitava a noção de Freud de que o superego é uma consequência do complexo de Édipo. Em vez disso, ela insistia que o superego se desenvolve com o complexo de Édipo e, por fim, emerge como culpa realista depois que o complexo de Édipo é resolvido.

Complexo de Édipo

Ainda que Klein acreditasse que sua visão do complexo de Édipo fosse meramente uma extensão, e não uma refutação, das ideias de Freud, sua concepção se afastou da freudiana em vários aspectos. Primeiro, Klein (1946, 1948, 1952) sustentava que o complexo de Édipo começava em idade muito mais precoce do que Freud sugeriu. Este defendia que o complexo de Édipo ocorria durante a fase fálica, quando as crianças têm cerca de 4 ou 5 anos e depois que passaram pelas fases oral e anal. Ao contrário, Klein afirmava que o complexo de Édipo iniciava durante os primeiros meses de vida, sobrepondo-se às fases oral e anal e

atingindo seu clímax durante a **fase genital**, em torno dos 3 ou 4 anos de idade. (Klein preferia a expressão fase “genital” em vez de “fálica”, porque este último termo sugere uma psicologia masculina.) Segundo, Klein acreditava que uma parte significativa do complexo de Édipo é o medo da criança de retaliação pelo genitor, devido a sua fantasia de esvaziar o corpo dele. Terceiro, ela enfatizava a importância de as crianças conservarem sentimentos positivos em relação a *ambos* os pais durante os anos edípicos. Quarto, ela levantou a hipótese de que, durante as fases iniciais, o complexo de Édipo serve à mesma necessidade para ambos os gêneros, isto é, estabelecer uma atitude positiva com o objeto bom e gratificante (seio ou pênis) e evitar o objeto mau e aterrorizador (seio ou pênis). Nesta posição, as crianças de cada um dos gêneros podem direcionar seu amor de forma alternada ou simultânea para cada um dos pais. Assim, as crianças são capazes de relações homossexuais e heterossexuais com ambos os pais. Do mesmo modo que Freud, Klein assumiu que meninas e meninos acabam experimentando o complexo de Édipo de formas diferentes.

Desenvolvimento edípico feminino

No começo do desenvolvimento edípico feminino – durante os primeiros meses de vida –, a menina vê o seio da mãe como “bom e mau”. Então, por volta dos 6 meses de idade, ela começa a ver o seio como mais positivo do que negativo. Mais tarde, ela vê a mãe inteira como cheia de coisas boas, e essa atitude a leva a imaginar como são feitos os bebês. Ela fantasia que o pênis do pai alimenta a mãe com coisas valiosas, incluindo bebês. Como a menina vê o pênis do pai como doador de crianças, ela desenvolve uma relação positiva com ele e fantasia que seu pai irá encher seu corpo com bebês. Se o estágio edípico feminino prossegue com tranquilidade, a menina adota uma posição “feminina” e tem uma relação positiva com ambos os pais.

No entanto, em circunstâncias menos ideais, a menina verá sua mãe como uma rival e irá fantasiar roubar da mãe o pênis do pai e os bebês. O desejo da menina de roubar a mãe produz um temor paranoide de que a mãe faça uma retaliação, causando-lhe danos ou levando seus bebês. A ansiedade principal da menina provém de um temor de que o interior de seu corpo tenha sido danificado pela mãe, uma ansiedade que poderá ser aliviada somente quando ela mais tarde der à luz um bebê saudável. De acordo com Klein (1945), a inveja do pênis se origina do desejo da menina de internalizar o pênis do pai e receber um bebê dele. Essa fantasia precede qualquer desejo por um pênis externo. Contrária à visão de Freud, Klein não conseguiu encontrar evidências de que a menina culpe a mãe por trazê-la ao mundo sem um pênis. Em vez disso, argumentava que a menina mantém uma forte ligação com a mãe durante o período edípico.

Desenvolvimento edípico masculino

Assim como a menina, o menino vê o seio da mãe como bom e mau (Klein, 1945). Então, durante os primeiros meses do desenvolvimento edípico, transfere alguns de seus desejos orais do seio da mãe para o pênis do pai. Nessa época, o menino está em sua *posição feminina*; ou seja, ele adota uma atitude homossexual passiva em relação ao pai. A seguir, ele avança para uma relação heterossexual com a mãe, mas, devido a seu sentimento homossexual anterior pelo pai, não tem medo de que o pai o castre. Klein acreditava que essa posição homossexual passiva é um pré-requisito para o desenvolvimento no menino de uma relação heterossexual saudável com a mãe. Mais simplesmente, o menino precisa ter um bom sentimento acerca do pênis do pai antes que possa valorizar o próprio pênis.

Conforme o menino amadurece, no entanto, desenvolve impulsos orais sádicos em relação ao pai e deseja arrancar seu pênis e matá-lo. Esses sentimentos despertam a ansiedade de castração e o temor de que o pai o retale arrancando seu pênis. Esse temor convence o menino de que a relação sexual com a mãe seria extremamente perigosa para ele.

O complexo de Édipo do menino é resolvido apenas parcialmente por sua ansiedade de castração. Um fator mais importante é sua capacidade de estabelecer relações positivas com ambos os pais ao mesmo tempo. Nesse ponto, o menino vê seus pais como objetos totais, uma condição que lhe possibilita elaborar sua posição depressiva.

Tanto para as meninas quanto para os meninos, uma resolução saudável do complexo de Édipo depende de sua capacidade de permitir que a mãe e o pai fiquem juntos e tenham relações sexuais um com o outro. Não permanece qualquer remanescente de rivalidade. Os sentimentos positivos das crianças em relação aos pais posteriormente servem para reforçar suas relações sexuais adultas.

Em resumo, Klein acreditava que as pessoas nascem com dois fortes impulsos: o instinto de vida e o instinto de morte. Os bebês desenvolvem um apego apaixonado pelo seio bom e um ódio intenso pelo seio mau, deixando a pessoa em uma luta por toda a vida para conciliar essas imagens psíquicas inconscientes de bom e mau, prazer e dor. O estágio mais crucial da vida são os primeiros meses, época na qual as relações com a mãe e outros objetos significativos formam um modelo para as relações interpessoais posteriores. A capacidade adulta de uma pessoa de amar ou odiar surge com essas relações objetais precoces.

VISÕES POSTERIORES DAS RELAÇÕES OBJETAIS

Desde as descrições audaciosas e perspicazes de Melanie Klein, inúmeros outros teóricos ampliaram e modificaram

a teoria das relações objetais. Entre os mais proeminentes desses teóricos posteriores se encontram Margaret Mahler, Heinz Kohut, John Bowlby e Mary Ainsworth.

A visão de Margaret Mahler

Margaret Schoenberger Mahler (1897-1985) nasceu em Sopron, Hungria, e se formou em medicina na Universidade de Viena, em 1923. Em 1938, mudou-se para Nova York, onde foi consultora do Serviço Infantil do Instituto Psiquiátrico do Estado de Nova York. Posteriormente, estabeleceu seus estudos observacionais no Centro Infantil Masters, em Nova York. De 1955 a 1974, foi professora de psiquiatria clínica na Faculdade de Medicina Albert Einstein.

Mahler era especialmente preocupada com o nascimento psicológico do indivíduo, que ocorre durante os primeiros três anos de vida, época na qual a criança, de forma gradual, renuncia à segurança em favor da autonomia. Originalmente, as ideias de Mahler partiram da observação dos comportamentos de crianças perturbadas interagindo com as mães. Depois, ela observou bebês normais em sua ligação com as mães, durante os primeiros 36 meses de vida (Mahler, 1952).

Para Mahler, o nascimento psicológico de um indivíduo começa durante as primeiras semanas de vida pós-natal e continua pelos três anos seguintes ou mais. Usando a expressão *nascimento psicológico*, Mahler referia-se à capacidade da criança de tornar-se um *indivíduo* separado de seu cuidador primário, uma conquista que leva, em última análise, a uma *noção de identidade*.

Para atingir o nascimento psicológico e a individuação, a criança passa por três estágios evolutivos principais e quatro subestágios (Mahler, 1967, 1972; Mahler, Pine, & Bergman, 1975). O primeiro estágio evolutivo é o **autismo normal**, cujo período se estende desde o nascimento até 3 ou 4 semanas de idade. Para descrever o estágio do autis-

mo normal, Mahler (1967) tomou emprestada a analogia de Freud (1911/1958) que comparava o nascimento psicológico a um ovo de pássaro que ainda não eclodiu. O pássaro é capaz de satisfazer suas necessidades nutricionais de forma autística (com relação à realidade externa), porque seu suprimento alimentar está incluso na casca. Do mesmo modo, um bebê recém-nascido satisfaz várias necessidades dentro da órbita protetora toda-poderosa dos cuidados da mãe. Os recém-nascidos possuem um senso de onipotência, porque, assim como os pássaros não eclodidos, suas necessidades são atendidas automaticamente e sem que eles tenham que fazer qualquer esforço. Ao contrário de Klein, que conceitualizava um bebê recém-nascido como aterrorizado, Mahler apontava para períodos relativamente longos de sono e ausência geral de tensão nele. Ela acreditava que esse estágio era um período de narcisismo primário absoluto, no qual o bebê não tem consciência de qualquer outra pessoa. Assim, ela se referia ao autismo normal como um estágio “sem objeto”, época em que o bebê naturalmente procura pelo seio da mãe. Ela discordava da noção de Klein de que os bebês incorporaram o seio bom e outros objetos a seu ego.

À medida que os bebês vão percebendo que não conseguem satisfazer suas próprias necessidades, eles começam a reconhecer sua cuidadora primária e a buscar uma relação simbiótica com ela, condição que leva à **simbiose normal**, o segundo estágio evolutivo da teoria de Mahler. A simbiose normal começa em torno da 4^a ou 5^a semana de idade, mas atinge seu auge durante o 4^º ou 5^º mês. Ao longo desse período, “o bebê se comporta e funciona como se ele e sua mãe fossem um sistema onipotente – uma unidade dual dentro de uma fronteira comum” (Mahler, 1967, p. 741). Na analogia do ovo de pássaro, a casca, agora, está começando a se partir, mas uma membrana psicológica na forma de uma relação simbiótica ainda protege o recém-nascido. Mahler reconheceu que essa relação não é uma simbiose verdadeira, porque, embora a vida do bebê dependa da mãe, a mãe não precisa absolutamente do bebê. A simbiose é caracterizada por uma troca de sinais entre o bebê e a mãe. O bebê envia para a mãe sinais de fome, dor, prazer, e a mãe responde com seus próprios sinais, como alimentação, colo ou sorriso. Nessa idade, o bebê consegue reconhecer o rosto da mãe e pode perceber seu prazer ou sofrimento. Entretanto, as relações objetais ainda não começaram – a mãe e os outros ainda são “pré-objetos”. Crianças maiores e até mesmo adultos às vezes regredem para esse estágio, procurando a força e a segurança dos cuidados da mãe.

O terceiro estágio evolutivo, **separação-individuação**, estende-se desde cerca do 4^º ou 5^º mês de idade até aproximadamente o 30^º a 36^º mês. Durante esse período, as crianças tornam-se psologicamente separadas de suas mães, alcançam um senso de individuação e começam a desenvolver sentimentos de identidade pessoal. Como já



Margaret Mahler

não experimentam mais uma unidade dual com a mãe, elas precisam renunciar à ilusão de onipotência e enfrentar sua vulnerabilidade às ameaças externas. Assim, as crianças pequenas no estágio de separação-individuação experimentam o mundo externo como mais perigoso do que ele era durante os primeiros dois estágios.

Mahler dividiu o estágio de separação-individuação em quatro subestágios que se sobrepõem. O primeiro é a *diferenciação*, que dura desde cerca do 5º mês até o 7º ou 10º mês de idade e é marcado por um rompimento corporal da órbita simbiótica mãe-bebê. Por essa razão, o subestágio de diferenciação é análogo à eclosão de um ovo. Nessa etapa, observou Mahler, os bebês sorriem em resposta à mãe, indicando uma ligação com outra pessoa específica. Os bebês psicologicamente saudáveis expandem seu mundo para além da mãe são curiosos acerca de estranhos e os examinam; os bebês não saudáveis temem os estranhos e se distanciam deles.

Quando os bebês começam a se afastar das mães engatinhando e caminhando, entram no subestágio do *treinamento* da separação-individuação, um período desde cerca do 7º ao 10º mês de idade até aproximadamente o 15º ou 16º mês. Durante essa subfase, as crianças distinguem facilmente seu corpo do corpo da mãe, estabelecem um vínculo específico com ela e começam a desenvolver um ego autônomo. No entanto, ao longo dos primeiros estágios desse período, os bebês não gostam de perder a mãe de vista; eles a seguem com os olhos e demonstram sofrimento quando ela se afasta. Posteriormente, começam a caminhar e a assimilar o mundo externo, o qual experimentam como fascinante e excitante.

Desde cerca de 16 a 25 meses de idade, as crianças experimentam uma *reaproximação* com a mãe; isto é, elas desejam reunir-se outra vez com a mãe, tanto física quanto psicologicamente. Mahler observou que as crianças dessa idade querem compartilhar com a mãe cada nova aquisição de habilidade e cada experiência nova. Agora que conseguem caminhar com facilidade, estão mais separadas fisicamente da mãe, mas, de modo paradoxal, têm maior probabilidade de apresentarem ansiedade de separação durante o estágio de reaproximação do que durante o período anterior. Suas habilidades cognitivas aumentadas as tornam mais conscientes da separação, fazendo-as experimentar vários estratagemas para recuperar a unidade dual que uma vez tiveram com a mãe. Como essas tentativas nunca são completamente bem-sucedidas, as crianças dessa idade com frequência lutam de modo dramático com a mãe, condição chamada de *crise de reaproximação*.

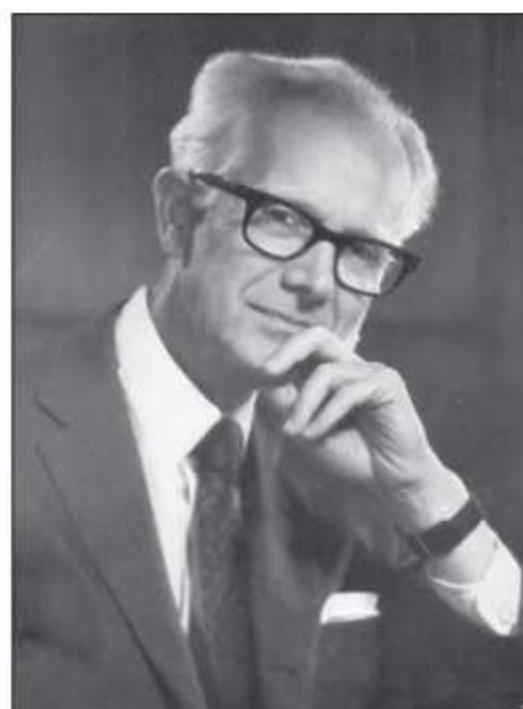
A subfase final do processo de separação-individuação é a *constância do objeto libidinal*, que se evidencia em torno do 3º ano de vida. Durante essa época, as crianças precisam desenvolver uma representação interna constante da mãe, de modo que consigam tolerar a separação física. Se essa constância do objeto libidinal não for desenvolvida, as

crianças continuarão a depender da presença física da mãe para sua própria segurança. Além de alcançar algum grau de constância objetal, as crianças precisam consolidar sua individualidade, ou seja, elas devem aprender a funcionar sem a mãe e a desenvolver outras relações de objeto (Mahler et al., 1975).

O ponto forte da teoria de Mahler é sua descrição sofisticada do nascimento psicológico com base em observações empíricas que ela e seus colaboradores fizeram de interações entre a criança e a mãe. Ainda que muitos de seus princípios se baseiem em inferências provenientes das reações de bebês pré-verbais, suas ideias podem ser facilmente estendidas para os adultos. Os eventuais erros cometidos durante os primeiros três anos de idade – a época do nascimento psicológico – podem resultar em regressões posteriores a um estágio em que o indivíduo ainda não tinha atingido a separação da mãe e, portanto, uma noção de identidade pessoal.

A visão de Heinz Kohut

Heinz Kohut (1913-1981) nasceu em Viena, filho de pais judeus educados e talentosos (Strozier, 2001). Às vésperas da II Guerra Mundial, emigrou para a Inglaterra e, um ano depois, mudou-se para os Estados Unidos, onde passou a maior parte de sua vida profissional. Ele foi um conferencista profissional no Departamento de Psiquiatria da Universidade de Chicago, membro do corpo docente no Instituto de Chicago para Psicanálise e professor visitante de psicanálise na Universidade de Cincinnati. Neurologista e psicanalista, Kohut incomodou muitos psicanalistas em 1971, com a publicação de *Análise do self*, que substituía o ego pelo conceito de *self*. Além desse livro, aspectos da psicologia do *self* são encontrados em *A restauração do self* (1977) e *Seminário de Kohut (The Kohut Seminars, 1987)*, editados por Miriam Elson e publicados após a morte de Kohut.



Heinz Kohut

Mais do que os outros teóricos das relações objetais, Kohut enfatizou o processo pelo qual o *self* evolui de uma imagem vaga e indiferenciada para um senso de identidade individual claro e preciso. Assim como outros teóricos das relações objetais, ele focou a relação precoce mãe-filho como a chave para a compreensão do desenvolvimento posterior. Kohut acreditava que os relacionamentos humanos, e não os impulsos instintivos inatos, estão no cerne da personalidade humana.

De acordo com Kohut, os bebês precisam dos cuidadores adultos não somente para gratificarem necessidades físicas, mas também para satisfazerem necessidades psicológicas básicas. Ao cuidarem das necessidades físicas e psicológicas, os adultos, ou **selfobjetos**, tratam os bebês como se eles tivessem uma noção de *self*. Por exemplo, os pais agirão com afeto, frieza ou indiferença dependendo, em parte, do comportamento de seu bebê. Pelo processo de interação empática, o bebê assimila as respostas dos selfobjetos como orgulho, culpa, vergonha ou inveja – todas atitudes que acabam formando os componentes fundamentais do *self*. Kohut (1977) definiu o *self* como “o centro do universo psicológico do indivíduo” (p. 311). O *self* dá unidade e consistência às experiências, permanece relativamente estável ao longo do tempo e é “o centro da iniciativa e um receptor de impressões” (p. 99). O *self* também é o foco das relações interpessoais da criança, moldando como ela se relaciona com os pais e outros selfobjetos.

Kohut (1971, 1977) acreditava que os bebês são naturalmente narcisistas. Eles são autocentradados, procurando exclusivamente seu próprio bem-estar e desejando ser admirados por quem eles são e pelo que fazem. O *self* precoce fica cristalizado em torno de duas *necessidades narcisistas* básicas: (1) de exibir o *self* grandioso e (2) de adquirir uma imagem idealizada de um ou de ambos os pais. O *self grandioso-exibicionista* é estabelecido quando o bebê se relaciona com um selfobjeto “espelhado” que reflete a aprovação de seu comportamento. O bebê, assim, forma uma autoimagem rudimentar a partir de mensagens como: “Se os outros me veem como perfeito, então sou perfeito”. A *imagem parental idealizada* é oposta ao *self* grandioso, porque implica que mais alguém é perfeito. No entanto, isso também satisfaz uma necessidade narcisista, porque o bebê adota a atitude: “Você é perfeito, mas sou parte de você”.

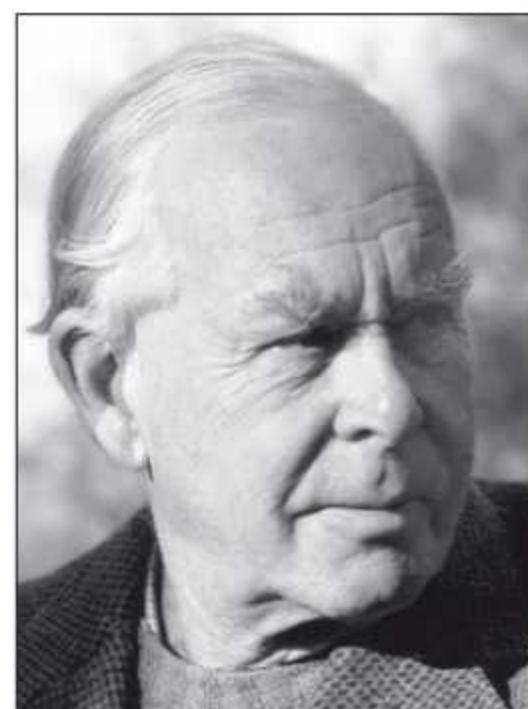
Ambas as imagens narcisistas são necessárias para o desenvolvimento da personalidade. As duas, no entanto, devem modificar-se conforme a criança vai crescendo. Se elas permanecem inalteradas, resultam em uma personalidade adulta patologicamente narcisista. A grandiosidade precisa mudar para uma visão realista do *self*, e a imagem parental idealizada precisa se desenvolver para um quadro realista dos pais. As duas autoimagens não devem desaparecer de todo; o adulto saudável continua a ter atitudes

positivas em relação ao *self* e a ver boas qualidades nos pais ou nos substitutos dos pais. Entretanto, um adulto narcisista não transcende essas necessidades infantis e continua a ser autocentrado e a ver o resto do mundo como uma plateia que o admira. Freud acreditava que a pessoa narcisista não seria um bom candidato à psicanálise, porém Kohut sustentava que a psicoterapia podia ser efetiva com esses pacientes.

A teoria do apego de John Bowlby

John Bowlby (1907-1990) nasceu em Londres, onde seu pai era um cirurgião renomado. Desde idade precoce, Bowlby era interessado em ciências naturais, medicina e psicologia – temas que ele estudou na Universidade de Cambridge. Após se graduar em medicina, começou a prática em psiquiatria e psicanálise, em 1933. Mais ou menos na mesma época, iniciou o treinamento em psiquiatria infantil com Melanie Klein. Durante a II Guerra Mundial, Bowlby serviu como psiquiatra do exército e, em 1946, foi nomeado diretor do Departamento para Crianças e Pais da Clínica Tavistock. Durante o final da década de 1950, Bowlby passou algum tempo no Centro Stanford para o Estudo Avançado em Ciências Comportamentais, mas retornou a Londres, onde permaneceu até sua morte, em 1990 (van Dijken, 1998).

Na década de 1950, Bowlby ficou insatisfeito com a perspectiva das relações objetais, principalmente por sua teoria inadequada da motivação e sua falta de empirismo. Com seu conhecimento de **etologia** e teoria evolucionista (em especial a ideia de Konrad Lorenz do vínculo precoce com uma figura materna), ele percebeu que a teoria das relações objetais poderia ser integrada a uma perspectiva evolucionista. Formando essa integração, acreditou poder corrigir as deficiências empíricas da teoria e a estendeu a uma nova direção. A *teoria do apego* de Bowlby também partiu do pensamento psicanalítico tomando a infância como



John Bowlby

ponto de partida e, então, extrapolando para a idade adulta (Bowlby, 1969/1982, 1988). Bowlby acreditava firmemente que os vínculos formados durante a infância tinham um impacto importante na idade adulta. Como os vínculos da infância são cruciais para o desenvolvimento posterior, Bowlby argumentou que os investigadores deveriam estudar a infância diretamente e não se basear em relatos retrospectivos distorcidos dos adultos.

As origens da teoria do apego provêm das observações de Bowlby de que tanto os bebês humanos quanto os primatas passam por uma sequência clara de reações quando separados de seus cuidadores primários. Bowlby observou três estágios dessa **ansiedade de separação**. Inicialmente, quando o cuidador estiver longe da vista, os bebês vão chorar, resistir ao ser confortados por outra pessoa e procurar pelo cuidador. Trata-se do *estágio do protesto*. Quando a separação continua, os bebês ficam quietos, tristes, passivos, indiferentes e apáticos. Esse segundo estágio é chamado de *desespero*. O último estágio – o único peculiar aos humanos – é o *desapego*. Durante sua manifestação, os bebês tornam-se emocionalmente desapegados das outras pessoas, incluindo seu cuidador. Se seu cuidador (a mãe) retorna, os bebês vão ignorá-lo e evitá-lo. As crianças que se desapegam não ficam mais perturbadas quando sua mãe as deixa. Conforme vão ficando mais velhas, brincam e interagem com os outros com pouca emoção, mas parecem sociáveis. Entretanto, suas relações interpessoais são superficiais e carecem de afetividade.

A partir dessas observações, Bowlby desenvolveu sua teoria do apego, a qual publicou em uma trilogia intitulada *Apego e perda* (1969/1982, 1973, 1980). A teoria de Bowlby se baseia em dois pontos fundamentais: primeiro, um cuidado responsável e acessível (geralmente a mãe) deve criar uma base segura para a criança. O bebê precisa saber que o cuidador é acessível e confiável. Se essa confiabilidade estiver presente, a criança é mais capaz de desenvolver confiança e segurança na exploração do mundo. A relação de vínculo serve à função essencial de conectar o cuidador ao bebê, tornando, assim, mais provável a sobrevivência do bebê e, em última análise, da espécie.

O segundo ponto da teoria do apego é que uma relação de vínculo (ou a falta dela) é internalizada e serve como um modelo de trabalho mental, no qual as futuras relações de amizade e amor serão construídas. A primeira ligação de apego é, portanto, a mais crítica de todas as relações. No entanto, para que ocorra o vínculo, um bebê precisa ser mais do que um mero receptor passivo do comportamento do cuidador, mesmo que esse comportamento irradie acessibilidade e confiabilidade. O estilo de apego é uma *relação entre duas pessoas* e não um traço dado ao bebê pelo cuidador. É uma via de duas mãos – o bebê e o cuidador devem ser responsivos um ao outro e cada um deve influenciar o comportamento do outro.

Mary Ainsworth e a *situação estranha*

Mary Dinsmore Ainsworth (1919-1999) nasceu em Glendale, Ohio, filha do presidente de uma empresa de mercadorias em alumínio. Ela fez graduação, mestrado e doutorado na Universidade de Toronto, onde também trabalhou como instrutora e docente. Durante sua longa carreira, ensinou e conduziu pesquisas em várias universidades e institutos no Canadá, nos Estados Unidos, no Reino Unido e em Uganda.

Influenciada pela teoria de Bowlby, Ainsworth e colaboradores (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978) desenvolveram uma técnica para medir o tipo de estilo de vínculo que existe entre o cuidador e o bebê, conhecida como *situação estranha*. Esse procedimento consiste em uma sessão de laboratório de 20 minutos em que uma mãe e seu bebê estão inicialmente sozinhos em uma sala de jogos. Então, um estranho entra na sala e, depois de alguns minutos, começa uma breve interação com o bebê. A mãe, então, sai por dois períodos separados de 2 minutos. Durante o primeiro período, o bebê é deixado sozinho com o estranho; durante o segundo período, o bebê é deixado completamente sozinho. O comportamento crítico é como o bebê reage quando a mãe volta; esse comportamento é a base da classificação do estilo de vínculo. Ainsworth e colaboradores encontraram três classificações para o estilo de vínculo: seguro, ansioso-resistente e ansioso-esquivo.

Em um *vínculo seguro*, quando a mãe retorna, os bebês ficam felizes e entusiasmados e iniciam o contato; por exemplo, eles se dirigem até a mãe, querendo ser pegos no colo. Todos os bebês seguramente vinculados são confiantes na acessibilidade e na responsividade do cuidador, e essa segurança e confiabilidade proporcionam a base para o jogo e a exploração.

Em um *vínculo ansioso-resistente*, os bebês são ambivalentes. Quando a mãe deixa a sala, eles ficam excepcionalmente perturbados e, quando a mãe retorna, buscam



Mary Ainsworth

contato com ela, mas rejeitam as tentativas de serem acalmados. Com o estilo de vínculo ansioso-resistente, os bebês transmitem mensagens muito conflitantes. Por um lado, procuram contato com a mãe, enquanto, por outro lado, esperneiam para serem colocados no chão e podem atirar longe os brinquedos que a mãe ofereceu.

O terceiro estilo de vínculo é o *ansioso-esquivo*. Nesse estilo, os bebês ficam calmos quando a mãe sai; eles aceitam o estranho; e, quando a mãe retorna, eles a ignoram e a evitam. Nos dois tipos de vínculo inseguro (ansioso-resistente e ansioso-esquivo), os bebês não possuem a capacidade de se engajarem em jogo efetivo e exploração.

PSICOTERAPIA

Klein, Mahler, Kohut e Bowlby eram todos psicanalistas treinados em práticas freudianas ortodoxas. No entanto, cada um modificou o tratamento psicanalítico para adequá-lo a sua própria orientação teórica. Como esses teóricos variavam entre si nos procedimentos terapêuticos, limitaremos nossa discussão da terapia à abordagem usada por Melanie Klein.

O uso pioneiro de Klein da psicanálise com crianças não foi bem aceito por outros analistas durante as décadas de 1920 e 1930. Anna Freud era especialmente resistente à noção de psicanálise infantil, discutindo que as crianças pequenas que ainda estavam vinculadas a seus pais não podiam desenvolver uma transferência com o terapeuta, porque elas não tinham fantasias ou imagens inconscientes. Portanto, argumentava ela, as crianças pequenas não poderiam se beneficiar da terapia psicanalítica. Em contraste, Klein acreditava que tanto as crianças perturbadas quanto as sadias deviam ser analisadas; as crianças perturbadas receberiam o benefício do tratamento psicanalítico, enquanto as sadias teriam proveito com uma análise profilática. Coerente com essa crença, ela insistiu para que seus próprios filhos fossem analisados. Ela também defendia que a transferência negativa era um passo essencial em direção ao sucesso do tratamento, uma visão não compartilhada por Anna Freud e muitos outros psicanalistas.

Para estimular a transferência negativa e as fantasias agressivas, Klein dava a cada criança uma variedade de brinquedos pequenos, lápis e papel, tinta, giz de cera, entre outros. Acreditando que as crianças pequenas expressam seus desejos conscientes e inconscientes por meio da ludoterapia, ela substituiu a análise dos sonhos e a livre associação freudianas por esse método. Além de expressarem sentimentos de transferência negativa por meio do jogo, os jovens pacientes de Klein com frequência a atacavam verbalmente, o que lhe deu a oportunidade de interpretar as motivações inconscientes por trás desses ataques (Klein, 1943).

A finalidade da terapia kleiniana é reduzir as ansiedades depressivas e os temores persecutórios e mitigar a

gravidade dos objetos internalizados. Para atingir esse objetivo, Klein encorajava seus pacientes a reexperimentarem emoções e fantasias precoces, mas, desta vez, com o terapeuta apontando as diferenças entre realidade e fantasia, entre consciente e inconsciente. Ela também permitia que os pacientes expressassem transferência positiva e negativa, situação que é essencial para a compreensão deles de como a fantasias inconscientes se conectam com as situações presentes do dia a dia. Depois de feita essa conexão, os pacientes se sentem menos perseguidos pelos objetos internalizados, experimentam redução na ansiedade depressiva e são capazes de projetar no mundo externo os objetos internos anteriormente assustadores.

PESQUISA RELACIONADA

Tanto a teoria das relações objetais quanto a teoria do apego continuam a desencadear pesquisa sobre as formas como o trauma precoce pode afetar as relações adultas e sobre a extensão da teoria do apego para as relações adultas.

Trauma infantil e relações objetais adultas

A teoria das relações objetais presume que a qualidade das relações das crianças pequenas com seus cuidadores é internalizada como um modelo para relações interpessoais posteriores. Muitas pesquisas exploraram o impacto do trauma e do abuso infantil no funcionamento relacional objetal adulto e se essas experiências predizem resultados patológicos na vida posterior. Um exemplo muito recente desse tipo de trabalho é o estudo de Bedi, Muller e Thornback (2012), na Universidade York.

Sessenta adultos identificados como tendo histórias de abuso físico e/ou sexual infantil se submeteram ao Teste da Apercepção Temática (TAT; Murray, 1943). Trata-se de um teste conhecido no campo como um teste projetivo, operando de forma muito parecida com o instrumento mais conhecido das manchas de Rorschach, no qual os indivíduos simplesmente descrevem o que veem em imagens ambíguas. O pressuposto dos testes projetivos é que aqueles que se submetem ao procedimento irão “projetar” desejos, fantasias e ideias inconscientes em suas histórias e interpretações das manchas de tinta. Os testes projetivos são formas alternativas de descobrir aspectos inconscientes da personalidade. O TAT apresenta aos participantes uma série de cenas representando pessoas sozinhas ou em interações sociais que são de natureza ambígua. Os participantes são instruídos a olharem para as imagens e a criarem uma história sobre o que poderia estar acontecendo na figura, o que os personagens podem estar pensando e sentindo e qual pode ser o resultado. Como o TAT representa pessoas se relacionando, ele é particularmente adequado para o exame das relações objetais do indivíduo.

As vítimas de abuso nesse estudo completaram o TAT, e suas histórias foram classificadas de acordo com quatro temas de relações objetais: a) o grau em que as relações interpessoais são vistas como ameaçadoras *versus* seguras; b) o nível de comprometimento e compartilhamento emocional nas relações; c) a capacidade de ver o *self* como distinto dos outros; e d) a precisão das atribuições quanto às causas dos comportamentos, dos pensamentos e dos sentimentos das pessoas. Os participantes também completaram uma variedade de medidas de saúde mental, incluindo autoestima e sintomas do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT).

Os resultados mostraram, tal como as relações objetais prognosticariam, que ter uma tendência a ver as pessoas e as relações como mais malévolas, além de investir menos emocionalmente nas relações, estava correlacionado a mais sintomas de TEPT e autoestima mais baixa nessas vítimas de abuso. Isso sugere que pessoas com infâncias traumáticas veem os outros como perigosos e rejeitadores e isso pode resultar no desenvolvimento de um sentimento de vergonha e desvalorização. Tratar tais indivíduos com eficiência provavelmente requer a consciência de que mesmo a relação terapêutica pode ser impactada por relações objetais prejudicadas. Como escrevem os pesquisadores: "As vítimas de trauma tiveram as relações pessoais como uma causa de sua dor. Assim, é essencial que os clínicos trabalhem com as vítimas de abuso visando aos sintomas presentes de psicopatologia por meio de uma perspectiva relacional" (Bedi, Muller, & Thornback, 2012, p. 6). Capacitar as vítimas de trauma a perceberem que os outros podem responder a elas de forma positiva, referem esses pesquisadores, pode modificar suas representações objetais de forma saudável.

Teoria do apego e as relações adultas

A teoria do apego, conforme originalmente conceitualizada por John Bowlby, enfatizava a relação entre pai e filho. Desde a década de 1980, no entanto, os pesquisadores começaram a examinar, de forma sistemática, as relações de apego em adultos, em especial nas relações amorosas.

Um estudo clássico do apego adulto foi conduzido por Cindy Hazan e Phil Shaver (1987), que previram que os diferentes tipos de estilos de apego precoce distinguiriam o tipo, a duração e a estabilidade das relações amorosas adultas. De modo mais específico, esses investigadores esperavam que as pessoas que tiveram vínculos precoces seguros com seus cuidadores experimentassem mais confiança, intimidade e emoções positivas em suas relações amorosas adultas do que os indivíduos em cada um dos grupos inseguros. Além disso, previram que os adultos esquivos temeriam a intimidade e não teriam confiança, enquanto os adultos ansiosos-ambivalentes seriam preocupados e obcecados por suas relações.

Estudando universitários e outros adultos, Hazan e Shaver encontraram apoio para cada uma dessas previsões. Os adultos com apego seguro experimentavam mais confiança e intimidade em suas relações amorosas do que os esquivos ou ansiosos-ambivalentes. Além do mais, os pesquisadores constataram que os adultos com apego seguro tinham maior probabilidade do que os adultos inseguros de acreditar que o amor romântico pode ser duradouro. Além disso, os adultos com apego seguro eram menos cínicos em relação ao amor em geral, tinham relações mais duradouras e apresentavam menor probabilidade de se divorciarem do que os adultos esquivos ou ansiosos-ambivalentes.

Outros pesquisadores estenderam a pesquisa sobre apego e relações românticas adultas. Steven Rholes e colaboradores, por exemplo, testaram a ideia de que o estilo de apego está relacionado ao tipo de informações que as pessoas procuram ou evitam referentes a seu relacionamento e ao parceiro amoroso (Rholes, Simpson, Tran, Martin, & Friedman, 2007). Os pesquisadores previram que os indivíduos esquivos não procurariam informações adicionais acerca dos sentimentos e dos sonhos íntimos do parceiro, enquanto os indivíduos ansiosos expressariam um forte desejo de obter mais informações acerca do parceiro romântico. Os indivíduos esquivos, em geral, se esforçam para manter independência emocional e, portanto, não querem qualquer informação que possa aumentar a intimidade. A intimidade subverte seu objetivo de independência. Entretanto, os indivíduos ansiosos tendem a ser cronicamente preocupados com o estado de seu relacionamento e querem fortalecer os vínculos emocionais, procurando o máximo de informação possível em relação aos sentimentos mais íntimos do parceiro.

Para testar suas previsões, Rholes e colaboradores recrutaram casais que estavam se encontrando há algum tempo e os levaram a um laboratório de psicologia para responderem a testes que mediam apego e busca de informação. O estilo de apego foi medido usando um questionário-padrão contendo itens de autorrelato sobre o quanto ansiosa ou esquiva a pessoa se sente dentro de sua relação romântica. A busca de informação foi medida por meio de uma tarefa computadorizada inteligente (e fictícia), na qual cada participante respondia, de forma independente, a vários itens sobre sua relação, incluindo os sentimentos íntimos e objetivos para o futuro de cada parceiro. Foi dito aos participantes que o computador, então, geraria um perfil de sua relação, o qual ambos os parceiros poderiam ver no final do estudo. Os pesquisadores, então, conseguiram medir o quanto das informações fornecidas pelo perfil da relação cada parceiro lia a respeito do outro. De acordo com suas previsões e com a teoria geral do apego, os indivíduos esquivos mostraram menos interesse na leitura de informações sobre o parceiro contidas no perfil da relação, enquanto os indivíduos ansiosos procuraram mais infor-

mações sobre questões relativas a intimidade e objetivos para o futuro do parceiro.

O estilo de apego não está só relacionado aos pais e aos parceiros românticos. Pesquisas recentes exploraram o papel do estilo de apego nas relações entre os líderes e seus seguidores (p. ex., oficiais militares e seus soldados; Davidovitz, Mikulincer, Shaver, Izsak, & Popper, 2007; Popper & Mayseless, 2003). A teoria é de que o estilo de apego é relevante nas relações líder-seguidor, porque os líderes ou figuras de autoridade podem ocupar o papel de cuidador e ser uma fonte de segurança semelhante ao apoio oferecido por pais e parceiros românticos. Os pesquisadores previram que os líderes com um estilo de apego seguro (nem ansiosos, nem esquivos) são mais eficazes do que os líderes com apego inseguro (ansiosos ou esquivos).

Para explorar o papel do apego na liderança, Rivka Davidovitz e colaboradores (2007) estudaram um grupo de oficiais militares e os soldados sob seu comando. Os oficiais responderam à mesma medida de apego usada no estudo discutido anteriormente sobre apego e busca de informação (Rholes et al., 2007), mas, em vez de relatarem sobre seu apego dentro de uma relação romântica, eles descreveram suas relações íntimas em geral. Os soldados, então, responderam testes que mediam a eficácia da liderança de seu oficial, a coesão de sua unidade militar e medidas de bem-estar psicológico.

Os resultados forneceram mais apoio à generalidade e à importância do estilo de apego em múltiplos tipos de relações. As unidades dos oficiais que tinham um estilo de apego esquivo eram menos coesas, e os soldados expressaram bem-estar psicológico mais baixo, comparados aos membros de outras unidades. Mais provavelmente, esses efeitos do estilo de apego esquivo dos líderes se devem ao desejo dos oficiais de se eximirem de dar informações sobre o bem-estar social e emocional de sua unidade. Os oficiais com apego ansioso conduziam unidades que foram classificadas como baixas no funcionamento instrumental (o grau em que os soldados levam seu trabalho a sério). No entanto, essas mesmas unidades foram classificadas como altas no funcionamento socioemocional (o grau em que os soldados se sentem livres para expressar pensamentos e sentimentos). Este último achado relativo ao funcionamento socioemocional foi surpreendente para os pesquisadores, mas faz sentido quando se consideram os achados de Rholes e colaboradores discutidos previamente (Rholes et al., 2007): os oficiais com apego ansioso eram, provavelmente, mais interessados na busca de informação sobre como seus soldados estavam se sentindo e como eles estavam se relacionando uns com os outros.

Apego é um construto em psicologia da personalidade que continua a gerar uma quantidade substancial de pesquisas. Mesmo que o trabalho sobre a teoria do apego

tenha começado como uma forma de compreender as diferenças nas relações pais-filhos, pesquisas recentes mostraram que essas mesmas dinâmicas (estilos de apego seguro, esquivo e ansioso) são importantes para a compreensão de uma ampla gama de relações adultas – desde parceiros amorosos até líderes militares e soldados.

CRÍTICAS À TEORIA DAS RELAÇÕES OBJETAIS

Nos dias atuais, a teoria das relações objetais continua a ser mais popular no Reino Unido do que nos Estados Unidos. A “Escola Britânica”, que incluía não só Melanie Klein, mas também W.R.D. Fairbairn e D.W. Winnicott, exerceu forte influência sobre psicanalistas e psiquiatras no Reino Unido. Nos Estados Unidos, no entanto, a influência dos teóricos das relações objetais, embora crescente, foi menos direta.

Como a teoria das relações objetais é classificada na geração de pesquisa? Em 1986, Morris Bell e colaboradores publicaram o Inventário Bell das Relações Objetais (BORI), um questionário de autorrelato que identifica os quatro aspectos principais das relações objetais: alienação, apego, egocentrismo e inabilidade. Até o momento, apenas alguns estudos usaram o BORI para investigar de forma empírica as relações objetais. No entanto, a teoria do apego atualmente está gerando muitas pesquisas. Assim, classificamos a teoria das relações objetais como baixa em sua capacidade de gerar pesquisa, mas a julgamos como moderada a alta segundo tal critério para uma teoria útil.

Como a teoria das relações objetais se desenvolveu a partir da teoria psicanalítica ortodoxa, ela sofre de alguns dos mesmos *problemas com refutação* que enfrenta a teoria de Freud. A maior parte de seus princípios baseia-se no que está acontecendo dentro da psique do bebê, e, assim, esses pressupostos não podem ser verificados. A teoria não se presta a refutações porque gera poucas hipóteses verificáveis. A teoria do apego, todavia, obtém uma classificação um pouco melhor em refutação.

Talvez a característica mais útil da teoria das relações objetais seja sua capacidade de *organizar informações* acerca do comportamento dos bebês. Mais do que a maioria dos teóricos da personalidade, os teóricos das relações objetais especularam sobre como os humanos adquirem gradualmente um senso de identidade. Klein, em especial, Mahler, Bowlby e Ainsworth, construíram suas teorias com base em observações cuidadosas da relação mãe-filho. Eles observaram as interações entre o bebê e a mãe e fizeram inferências com base no que viram. Entretanto, além dos primeiros anos da infância, a teoria das relações objetais carece de utilidade como um organizador de conhecimentos.

Como um guia para o profissional, a teoria se classifica um pouco melhor do que na organização de dados ou sugerindo hipóteses verificáveis. Os pais de crianças pequenas podem aprender sobre a importância de um cuidador afetivo, receptivo e estimulante. O psicoterapeuta pode considerar a teoria das relações objetais útil não só para a compreensão do desenvolvimento precoce de seus pacientes, mas também para o entendimento e o trabalho com a relação de transferência que os pacientes formam com o terapeuta, a quem eles veem como um substituto dos pais.

Quanto ao critério de coerência, cada uma das teorias discutidas neste capítulo possui alto nível de *coerência interna*, porém os diferentes teóricos discordam entre si em relação a inúmeros pontos. Muito embora todos eles atribuam uma importância fundamental às relações humanas, as diferenças entre eles excedem as semelhanças.

Além disso, classificamos a teoria das relações objetais como baixa quanto ao critério da *parcimônia*. Klein, em especial, usava de modo desnecessário expressões e conceitos complexos para descrever sua teoria.

Termos-chave e conceitos

- As teorias das relações objetais assumem que a *relação mãe-filho* durante os primeiros 4 ou 5 meses de vida é o momento mais crítico para o desenvolvimento da personalidade.
- Klein acreditava que uma parte importante de qualquer relacionamento são as *representações psíquicas internas* de objetos precoces significativos, como o seio da mãe e o pênis do pai.
- Os bebês *introjetam* essas representações psíquicas em sua própria estrutura psíquica e, então, projetam tais representações no objeto externo, isto é, outra pessoa. Tais imagens internas não constituem representações precisas da outra pessoa, mas são remanescentes das experiências interpessoais iniciais.
- O *ego*, que existe ao nascimento, consegue perceber as forças destrutivas e amorosas, ou seja, um seio que nutre e um seio frustrante.
- Para lidar com o seio que nutre e o seio frustrante, os bebês *dissociam* esses objetos em bons e maus,



CONCEITO DE HUMANIDADE

Os teóricos das relações objetais, em geral, consideram a personalidade humana como produto da relação precoce entre mãe e filho. A interação entre a mãe e o bebê forma a base para o desenvolvimento futuro da personalidade, porque essa experiência interpessoal precoce serve como um protótipo para as relações interpessoais posteriores. Klein via a psique humana como “ansiedades psicóticas instáveis, fluidas e constantemente impeditivas” (Mitchell & Black, 1995, p. 87). Além do mais, “cada um de nós luta contra o profundo terror da aniquilação... e o abandono total” (p. 88).

Como eles enfatizam a relação mãe-filho e consideram essa experiência como crucial para o desenvolvimento posterior, os teóricos das relações objetais obtêm classificação alta em *determinismo* e baixa em livre-arbítrio.

Pela mesma razão, esses teóricos podem ser *pessimistas* ou *otimistas*, dependendo da qualidade da relação precoce mãe-bebê. Se essa relação é saudável, então a criança se desenvolve como um adulto psicologicamente sadio; se não é saudável, a criança adquire uma personalidade patológica, voltada para si.

Na dimensão da *causalidade versus teleologia*, a teoria das relações objetais tende a ser mais causal. As experiências precoces são as formadoras primárias da personalidade. As expectativas do futuro desempenham um papel menor na teoria das relações objetais.

Classificamos a teoria das relações objetais como alta quanto aos *determinantes inconscientes do comportamento*, porque a maioria dos teóricos rastreia os determinantes principais do comportamento até os primeiros meses de vida, antes do desenvolvimento da linguagem verbal. Assim, as pessoas adquirem muitos traços pessoais e atitudes em nível pré-verbal e permanecem desconhecendo a natureza completa desses traços e atitudes. Além disso, a aceitação de Klein de uma dotação filogenética adquirida de forma inata coloca sua teoria ainda mais próxima dos determinantes inconscientes.

A ênfase que Klein colocou no instinto de morte e na dotação filogenética parece sugerir que ela via a biologia como mais importante do que o ambiente para moldar a personalidade. No entanto, ela mudou a ênfase dos estágios infantis com base biológica de Freud para um foco interpessoal. Como a intimidade e os cuidados que os bebês recebem da mãe são experiências ambientais, Klein e outros teóricos das relações objetais tendem mais para os *determinantes sociais* da personalidade.

Na dimensão da *singularidade versus semelhanças*, os teóricos das relações objetais tendem mais na direção das semelhanças. Como clínicos que lidavam sobretudo com pacientes perturbados, Klein, Mahler, Kohut e Bowlby limitaram suas discussões à distinção entre personalidades sadias e patológicas e eram menos preocupados com as diferenças entre as personalidades psicologicamente sadias.

enquanto também dissociam o próprio ego, dando a eles uma *imagem dual do self*.

- Klein acreditava que o *superego* começa a existir muito mais cedo do que Freud especulou e que ele se desenvolve com o processo edípico, em vez de ser um produto deste.
- Durante o complexo de Édipo feminino precoce, a menina adota uma *posição feminina* em relação a ambos os pais. Ela tem um sentimento positivo tanto pelo seio da mãe quanto pelo pênis do pai, os quais ela acredita que a alimentarão com bebês.
- Às vezes, a menina desenvolve hostilidade em relação à mãe, a quem ela teme que irá retaliá-la e roubar seus bebês.

- Para a maioria das meninas, no entanto, o complexo de Édipo feminino é resolvido sem qualquer antagonismo ou ciúme em relação à mãe.
- O menino também adota uma posição feminina durante os anos edípicos precoces. Nessa época, ele não tem medo de ser castrado como punição por seus desejos sexuais em relação à mãe.
- Posteriormente, o menino projeta seu impulso destrutivo no pai, temendo que este irá mordê-lo ou castrá-lo.
- O complexo de Édipo masculino é resolvido quando o menino estabelece boas relações com ambos os pais e se sente confortável quanto à relação sexual de seus pais.