



# Distúrbio da atenção e impasse em análise

Ronald Skirrow Britton\*, London

*O autor utiliza um caso clínico para demonstrar como uma disfunção da atenção pode produzir um impasse em análise. Apóia-se em concepções teóricas de Freud e principalmente Bion para compreender o distúrbio e discutir suas implicações técnicas. Aborda um distúrbio que incide sobre um estágio do processamento de conteúdo mental em que é requerido pensar para avaliar e desenvolver pensamentos existentes e submetê-los à prova de realidade. Propõe que tal disfunção da atenção desabilita o pensar, a notação e a memória, interferindo assim com a possibilidade de aprender com a experiência. Conclui que, até que o distúrbio de atenção seja tratado nas sessões, nada é registrado, nada é lembrado e a aprendizagem pela experiência não pode ocorrer, interferindo na evolução e no aproveitamento da análise.*

*Descritores: Distúrbio de atenção. Bion. Técnica psicanalítica. Impasse. Aprender com a experiência. Superego. Teste de realidade.*

\* Membro da Sociedade Psicanalítica Britânica.



Neste trabalho, quero falar sobre um caso que me fez perceber como uma disfunção da atenção pode produzir um impasse em análise. As implicações técnicas devem tornar-se evidentes no trabalho: até o distúrbio da atenção ser tratado na análise, nada é registrado, nada é lembrado e a aprendizagem pela experiência não pode ocorrer.

Vou descrever uma forma não psicótica de *distúrbio do pensamento* ou, para ser mais preciso, *um distúrbio do pensar*. O distúrbio do pensamento encontrado em pacientes psicóticos ou *borderlines* está no nível da produção do pensamento; em termos de Bion, surge de uma falha da função alfa em transformar dados sensoriais em elementos psíquicos utilizáveis que possam ser armazenados, tornados inconscientes, transformados e sujeitos à razão. O *distúrbio* que quero discutir situa-se num estágio posterior do processamento de conteúdo mental, quando é requerido *pensar* para avaliar e desenvolver pensamentos existentes e submetê-los à prova de realidade. Freud sugeriu que o que ele chamou de *atenção* era um pré-requisito para isso, o que o levou à *notação* como preliminar necessária à memória (1911b, p. 220). Ele enfatizou que a prova da realidade envolvia notação e recordação. Estou sugerindo que uma disfunção da atenção desabilita o pensar, a notação e a memória.

Freud descreve seu conceito de *atenção* num trecho do seu trabalho sobre os *Dois princípios do funcionamento mental* (1911b); Bion referiu-se a esse trecho muitas vezes e é, sem dúvida, o ponto de partida de sua própria metapsicologia, particularmente sua noção de que o pensar evoluiu para lidar com os pensamentos e não para produzi-los.

Freud escreveu:

Uma função especial foi instituída, a qual tinha que perscrutar o mundo externo periodicamente a fim de que seus dados pudessem ser conhecidos se uma necessidade interna urgente surgisse – a função da atenção. Sua atividade encontra as impressões sensoriais no meio do caminho, em vez de esperá-las aparecerem. Ao mesmo tempo, provavelmente, um sistema de notação foi introduzido, cuja tarefa era registrar os resultados desta atividade periódica da consciência – uma parte do que chamamos memória. O lugar da repressão, a qual retirou as catexias de algumas das idéias emergentes por serem produtivas de desprazer, foi considerado como uma *sentença imparcial de julgamento* que tinha que decidir se uma dada idéia era verdadeira ou falsa – isto é, se estava em concordância com a realidade ou não – a decisão decorrendo de uma comparação com a memória – traços de reali-



dade [...] A limitação sobre a descarga motora (sobre a ação), que então se tornou necessária, foi fornecida por meios do processo de *pensar*, o qual foi desenvolvido da apresentação de idéias [...] É provável que pensar era, originalmente, inconsciente [...] e era dirigido às relações entre impressões dos objetos. (Freud, S., 1911b, p. 220-221, grifos do autor).

A partir desta descrição pode-se inferir que um distúrbio de atenção grave empobreceria a capacidade de pensar de um indivíduo e o uso da memória para a prova de realidade. Quero, pois, falar sobre um caso que me fez perceber como uma disfunção da atenção pode produzir estes efeitos, levando a um impasse na análise.

O fato é que esta formulação somente me ocorreu nos últimos dois anos de uma análise de seis que, depois de um movimento inicial nos primeiros dois anos, estava trancada. Começarei com material do último período porque, somente então, alguma coisa ficou suficientemente clara para descrever o que estava produzindo um platô no desenvolvimento da análise. Agora percebo que, enquanto atravessávamos aquele platô analítico, nenhum de nós era capaz de notar nada além de uma sessão, de forma que não me teria sido possível formular, sequer para mim mesmo, a situação analítica geral. A disfunção da atenção incluía a transferência e, então o percebi, a contratransferência. Assim, não estava disponível o tipo de reflexão necessária para compreender um quadro geral da análise e perceber que havia problema. De fato, considero ser esse o problema psicopatológico evidenciado.

Era a segunda análise da Dra. D., que veio para tratamento como parte de sua especialização em psicoterapia. Sua primeira análise fora interrompida, após alguns poucos anos, por seu analista. No entanto, sua especialização tinha sido suspensa antes disso por falta de progresso.

Nos primeiros dois a três anos comigo, os benefícios da análise eram evidentes na reorganização e melhora da vida pessoal da paciente, havendo progresso suficiente para ser-lhe permitido retomar a especialização em psicoterapia. Eu não participei desta decisão, mas ouvi da minha paciente que seu tutor percebeu que ela havia progredido.

Impressionava-me, todavia, a que ponto ela parecia ter pouca recordação de sua primeira análise em relação à qual ela era muito vaga. Depois de alguns meses de análise comigo, disse, surpreendentemente, que fora a primeira vez na sua vida que alguém a escutara e que a experiência tinha sido notável para ela. Isso parecia relacionar-se ao fato de que, bem no início, em sua análise, lhe sugeri que o que ela estava dizendo não era exatamente o que estava pensando e que as





Ronald Skirrow Britton

palavras utilizadas não eram aquelas nas quais tinha seus pensamentos privados. Neste momento corriam em paralelo os seus *pensamentos oficiais*, aqueles que ela considerava apropriados para a análise, e seus *pensamentos de rua*, idéias privadas expressas no que ela considerava *palavrões*. Quando passamos a utilizar os pensamentos de rua, a paciente ficou muito mais perceptiva e parecia inteligente; no entanto, ela sentia aquela linguagem embaraçosamente rude e vulgar. Quando lhe apontei que ela não associava livremente, sentiu como uma reprovação e esforçou-se ainda mais para simulá-la. Ela então confessou que sempre tinha simulado e que realmente não acreditava que alguém efetivamente fizesse isso. Parecia-lhe inconcebível deixar seus pensamentos emergirem sem censura e se inclinava a pensar que isso era assim para todos. Naturalmente aquele obstáculo persistiu e, na medida em que obtivemos algum entendimento, ganhamos também maior liberdade para ela se comunicar comigo. Mas eu não percebi, por algum tempo, o quanto o problema de seu pensar ia além de tornar públicos os seus pensamentos.

Agora descrevo uma sessão dos últimos dois anos de sua análise. Ela chegou *cinco minutos mais cedo* e estava ainda ruborizada e um pouco ofegante quando me seguiu para dentro do consultório com um cheque na mão. Ela era notavelmente irregular no que se refere à pontualidade e a pagar contas. Solicitou-me, a seguir, que eu diminuísse a calefação (fazia muito frio) porque tinha corrido desde a estação, pois *pensou que estava atrasada* (trata-se de uma caminhada de dez minutos). *Comentei que, presumivelmente, ela pensou que eu estava começando atrasado.*

“Suponho que sim, [disse], mas não olhei meu relógio. Não quis perder tempo porque, desde que deixei meu carro na oficina para revisão (em outra parte de Londres), pensei que me atrasaria. O homem da oficina disse ‘você parece bem’ e eu estou sim. Foi meu aniversário de cinquenta anos ontem – pensei que eu sentiria como um desastre, mas não foi. Falei com meu pai ao telefone, ele acabou de fazer seu nonagésimo aniversário e estou tão contente que ele ainda está bem, saudável e animado”.

*(Eu não disse nada, mas o que ouvia, como acontecia com freqüência, era surpreendente. Até há pouco ela amaldiçoava seu pai quando falava dele e o descrevia como um homem tão deteriorado por um prolongado alcoolismo que se esperaria que morresse relativamente cedo).*

Ela continuou dizendo que, pela primeira vez, se sentiu bem ao se apresentar num seminário clínico na noite anterior. “Eu desperdicei tanto tempo, [seguiu] nunca aprendendo nada, nem refletindo sobre nada”. A Dra. D. falou, então, sobre o filho mais velho, Matthew, que estava claramente se beneficiando com sua psico-





terapia, apesar de ter amaldiçoado e ridicularizado seu terapeuta. Peter, seu filho mais novo, está aprendendo a tocar saxofone e ela sentara-se ao seu lado enquanto ele preparava o instrumento para praticar. Ele a surpreendeu porque montava o saxofone de uma maneira muito paciente; eram muito complicadas todas aquelas peças cujos nomes ela não sabia, mas ele o fez no seu tempo e sem pressa, embora quisesse tocar. Ela comentou com ele sobre como poderiam ter inventado uma coisa tão complexa; como poderia alguém sequer ter pensado nisso e Peter a maravilhou sugerindo-lhe que poderiam ter começado com um instrumento simples e adicionado peça por peça. (Peter tem oito anos e seguidamente a surpreende com seu jeito reflexivo. Também observei que minha paciente estava associando livremente.)

Ela andava lendo Winnicott – o que a fez pensar nesse negócio de mãe suficientemente boa. Ela não tinha sido uma mãe suficientemente boa em particular para Matthew, embora tivesse desejado tanto tê-lo. Poderia tê-lo desenvolvido e aprendido – mas nunca teve paciência suficiente com crianças.

Eu lhe observei que ela me havia contado quão impressionada estava com o fato de Peter poder montar uma coisa, depois outra e, então, entender como o saxofone se teria desenvolvido. Se ela aprendesse uma coisa depois de outra em sua análise, poderia ser mais capaz de construir em cima disso, mas normalmente ela tinha pressa em entender tudo de imediato e não lhe seria fácil deter-se em algo ou olhar seu relógio para ver as horas.

(Ouvi a Dra. D. inspirar de repente, como se estivesse um pouco chocada. Pareceu-me que ela tinha registrado o que falei. Ficou silenciosa por um tempo.) “Deveria estar falando mais sobre meu paciente, na minha análise, para me fazer pensar mais.”, disse-me. (Começou, então, a relatar material da sessão de seu paciente de uma maneira organizada. Escutei-a por algum tempo, mas não percebi nenhuma conexão.) *Assinalei-lhe que considerava que ela tinha entendido o que eu dissera, mas havia mudado de assunto para falar sobre outra pessoa; agora eu duvidava que ela pudesse lembrar-se de minhas palavras.* (pausa) “Não, para ser honesta, não posso lembrar nada que você disse ou sobre o que estávamos falando.” Voltou a falar sobre o conceito de suficientemente bom, de Winnicott, o que isso significa, quer dizer, o que é bom o suficiente? *Comentei que algo poderia ser bom o suficiente para ela começar a construir uma coisa de cada vez, mas isso estava bloqueado nela por uma exigência de perfeição e completude.*

“Sim, [disse] você tem razão. É como se eu não gostasse de mim o suficiente e isso é porque eu não tenho me relacionado com outras pessoas, porque sempre fico quieta...” (Continuou com mais elaborações.) *Acrecentei-lhe que imaginava que ela ficaria surpresa se eu sugerisse que ela pensava que minhas inter-*



*pretações não eram suficientemente boas.* “Absolutamente! Como eu poderia pensar isso sobre você!”, retrucou.

*Assinalei que ela acabara de mudar isso, como fazia com frequência, como se fosse seu dever remediar qualquer deficiência no meu trabalho ou na minha pontualidade. Ela havia pensado que eu me atrasara para iniciar a sessão, sem que nenhum de nós o comentasse: Penso que você acredita que sua análise não é suficientemente boa, mas isso não cabe na sua idealização de mim, então qualquer observação deste tipo é descartada.*

(Ela inspirou profundamente e silenciou.) “Não sei o que real e verdadeiramente penso sobre qualquer coisa.”, declarou, muito mais pensativa.

Vou deixar essa sessão agora e somente enfatizar, dela, dois pontos que me são familiares de muitas outras sessões. Um deles se refere ao afastamento da paciente dela mesma para algo colateral, como se fosse uma discussão sobre seu próprio paciente. Esse deslocamento de atenção tem sido presente ao longo da análise, sempre levando a uma falha no registro do que o precedeu. O outro ponto é a rejeição de um pensamento imediato, na medida em que este vai de encontro a uma crença interna oficial, nesse caso, sua idéia não expressada de que minha interpretação precisava ser enfeitada ou melhorada, o que colidia com sua crença de minha supremacia analítica. Digo interna porque não quero sugerir que isto seja simplesmente obediência ou bajulação, mas que, em seu pensar, está profundamente enraizado o modo como avaliações predeterminadas tomam precedência sobre observações.

### Ver ou crer?

Antes de discutir mais, gostaria de descrever duas passagens de sua análise que penso que trazem à tona este problema. Uma se refere a sua revisão de uma observação de bebês que ela havia feito como parte da sua especialização, na qual considerou que havia conflito entre o que deveria ter sido visto e o que viu. A segunda passagem se refere a seus olhos: tinha ou não tinha visão binocular? Aqui está a primeira.



## Observação versus resultado

Ao reiniciar a sua especialização, a paciente foi solicitada a completar um trabalho sobre observação de bebês baseado em sua observação original realizada seis anos antes. O problema surgiu numa sessão e levou a uma aflição visível e considerável. Não havia dificuldade em rever suas anotações detalhadas, nem em reviver, então, sua recordação da mãe e do bebê. O problema era que ela sabia, agora, que a criança, de quatro anos, tinha sido objeto de preocupação tendo tido o diagnóstico de Síndrome de Asperger. Ora, ela havia descrito com entusiasmo a interação mãe-bebê, o amamentar, *etc.*, e considerado a mãe como uma mãe muito boa. Esse diagnóstico, portanto, não fazia sentido e ela acreditou, então, que todas as suas observações deviam ter sido inválidas, o que significava que não tinha condições de fazer especialização em psicoterapia, pois era incapaz de observar corretamente. Enquanto continuava e se repetia várias vezes, tornando-se mais aflita por sua confusão, acrescentou que a observação tinha sido uma provação porque a mãe nunca lhe falara e se comportava como se ela, a observadora, não existisse, quando ambas estavam na mesma sala. Ela era, entretanto, repetia a Dra. D., uma mãe muito boa que se mostrava completamente sintonizada com seu bebê. Então, nada disso fazia qualquer sentido e ela não sabia o que pensar.

Conseguimos esclarecer que a Dra. D. estava totalmente convencida de que o desenvolvimento mental de uma criança era, inteiramente, o produto da atenção materna, assim como é, na sua visão, todo o desenvolvimento, e que o diagnóstico posterior, portanto, era uma contradição total. A informação posterior não levou a Dra. D. a questionar ou a ampliar sua teoria sobre a patogênese da Síndrome de Asperger. Não era simplesmente uma teoria de alguns psicanalistas, era o evangelho para a Dra. D., num nível abaixo ao da articulação. Como ela não poderia articular com esse dado a teoria de que mães criam *tudo* em seus filhos, não podia pensar a respeito. Na medida em que suas observações contradiziam sua teoria, produziam uma profunda e aflitiva confusão. Já tinha sido desconsiderada a sua própria desagradável experiência da mãe como alguém que aniquilava a percepção até mesmo da presença de um observador. Agora, lembrada, a teoria é desnudada de qualquer possível significado pela reiteração da Dra. D. de que a mãe era muito boa.



Ronald Skirrow Britton

## Visão dupla

Uma tentativa, feita por nós dois, para esclarecer o status de sua visão efetiva deve transmitir as dificuldades em estabelecer firmemente os fatos relatados. Já que se refere ao fenômeno de visão estereoscópica literalmente e não metaforicamente, é particularmente interessante. Como muitas coisas sobre a minha paciente, seu simples relatório inicial acabou revelando-se mais complexo e incluindo contradições não observadas. Duas coisas simples que ela acreditava serem fatos: uma era que tinha estrabismo desde a infância e a outra que, como consequência, não tinha visão binocular e não poderia ver em três dimensões. Não muito tempo atrás, a paciente havia reiterado tais idéias depois de um comentário meu de que ela evitava olhar, literalmente, qualquer coisa que pensasse que a perturbaria, ou de olhar para qualquer pensamento em sua mente. “Como você sabe, [ela disse], eu era estrábica, então não posso ver em três dimensões. Levei os meninos, uns dois anos atrás, para assistirem a um daqueles filmes 3-D, para os quais se usam óculos especiais. Não funcionou; o filme era plano como qualquer filme normal, então pensei que era somente um truque enganoso de *marketing*. Não falei para os meninos naquele momento, pois não queria estragar o filme. Mas no outro dia, após uma sessão aqui, perguntei-lhes se, quando fomos àquele filme, realmente tinham visto coisas saindo da tela em suas direções. Sim, disseram. Percebi então que eu é que não tinha visão tridimensional, por causa do meu estrabismo e a supressão da visão de um olho, que vem a ser o motivo por que se perde o uso de um olho. Falaram-me isso quando eu era muito jovem e fizeram-me usar o outro olho para não perdê-lo; quando era uma adolescente, eu mesma fazia, costumava alternar o olho que estava usando.”

Aqueles de vocês familiarizados com a base de visão estereoscópica na visão normal e o seu uso para produzir imagens ilusórias tridimensionais no cinema vão perceber que há algo estranho em sua história. Cedo em sua análise, contou-me com alguma aflição que evitava se olhar em espelhos, pois tinha um terrível estrabismo que a fazia parecer feia. A Dra. D. usa óculos e eu nunca vi qualquer sinal de estrabismo em seus grandes e atraentes olhos verdes. Sabia que fora tratada para estrabismo quando criança pequena e pensei que, provavelmente, tal tratamento tinha sido um sucesso. Havíamos discutido isso junto a toda questão de sua aflitiva convicção ocasional de que era muito feia, que a afligia desde a infância e que emergia de tempo em tempo em sua vida adulta. Em outros momentos, dizia ter sido bonita quando mais jovem, mas que ela mesma estragara sua beleza. Na minha visão, certamente ela não era feia, mas também não era bonita e nem chamava a atenção pela boa aparência.

560 □ Revista de Psicanálise da SPPA, v. 12, n. 3, p. 553-568, dezembro 2005





Entretanto, na sessão de que falo, eu estava perplexo por sua história e realmente incapaz de esclarecer o que ela poderia e não poderia ver. Havia dois fatos fisiológicos que me perturbavam. Um era a base da visão normal. O estrabismo, citando um livro médico, pode ser de dois tipos: um é devido a um defeito no nervo; o outro, chamado estrabismo não paralítico ou concomitante, deve-se a uma falha no desenvolvimento dos reflexos de fixação normais. Neste caso, observa-se diplopia, a não ser que um olho tenha muito pouca visão ou o defeito seja de longa duração desde a infância, quando a informação de um olho fica suprimida em nível cortical (o olho ambliópico). (Davidson, 1995). O outro fato que parecia em conflito com sua história referia-se à base de cinema 3-D. A técnica utilizada consiste em filmar com duas câmeras lado a lado, produzindo, portanto, duas imagens que têm entre elas uma distância mais ou menos igual à distância entre nossos olhos. Cria-se uma ilusão ótica de que estamos vendo três dimensões numa tela plana utilizando lentes Polaroid e um anáglifo vermelho/azul colocados juntos, um sobre o outro e, no cinema, usando-se óculos Polaroid com uma lente vermelha e uma azul. Na história da minha paciente, era estranho ela ter visto uma tela plana sem esta ilusão tridimensional, mas também sem ver as duas imagens projetadas como visão dupla. Em outras palavras, ela deve ter lidado com a situação visual através da supressão de uma imagem em nível cortical, e eu pensei que isso podia ser subliminarmente voluntário e habitual.

Não foi fácil clarear outros fatos e vou poupá-los do processo de investigação e das conseqüentes brechas produzidas na minha técnica analítica. Como em outras ocasiões, em contraste marcante com a forma como respondia à interpretação de sonhos, por exemplo, meu questionamento do fato visível produziu uma resposta zangada e indignada. Sua suposição inicial era que eu estava falando metaforicamente sobre o conceito de Bion de visão binocular.

O que posso lhes contar é que ela tem uma visão razoavelmente boa nos dois olhos, corrigida por óculos, sendo o olho direito um pouco melhor do que o esquerdo. Ela comentou, como uma reflexão, que quando vai fazer exame nos olhos, e o faz periodicamente, o oftalmologista, depois de uma discussão, acaba dizendo que está *perplexo*, mas, de qualquer modo, seus olhos encontram-se corretamente retificados por seus óculos.

O que estou inclinado a concluir de tudo isso é que ela tem uma facilidade subliminar incomum para suprimir a imagem de qualquer olho num nível cortical, se há uma discrepância entre eles. Como ela mesma disse: “Na verdade, quando penso nesse assunto, não penso que não posso ver em três dimensões, não parece haver qualquer problema nisso”. Era uma sessão de sexta-feira. Na segunda-feira seguinte, ela chegou às 10:15 para sua sessão habitual das 09:15 e pareceu um





Ronald Skirrow Britton

tanto surpresa e consternada quando eu tive que dizer-lhe que sua sessão de segunda-feira era às 09:15. Subseqüente a essa sessão começou o hábito de tirar seus óculos no divã. Percebi que, quando ela estava tentando atentar para seus pensamentos nas sessões, cobria um olho ou esfregava de forma vigorosa cada olho alternadamente, como se eles a irritassem.

### Discussão clínica

Quero usar o primeiro desses relatos, a observação da paciente sobre a mãe do bebê versus sua avaliação sobre aquela, para discutir a constante interferência na sua atenção dos fenômenos observáveis por julgamento prematuro vindo de uma fonte moral. O conceito *ela era uma boa mãe* não resultava de um somatório das observações individuais observáveis, mas de uma categoria moral e, portanto, indivisível. Considero que o segundo relato mostra a supressão funcional da visão de um dos olhos, a qual penso que tinha uma contrapartida no seu funcionamento psíquico: um ponto de vista alternativo poderia ser rapidamente substituído para evitar a discordância com um ponto de vista preexistente, produzindo assim um pensar paralelo em vez de uma constatação positiva ou negativa. Em termos visuais, isso seria descrito como uma falha de fixação, levando a uma perda da visão binocular; em termos psicológicos, uma falha de atenção, levando a uma perda da notação.

É nesse nível que acredito que a Dra. D. apresentava um distúrbio da atenção. Não era simplesmente uma deficiência, mas um resultado de evasão ou interferência. A interferência, acredito, vem de sua função superegóica, que lhe usurpa a função egóica de atenção através da substituição de seu próprio sistema de avaliação. Por exemplo, as oportunidades para prestar atenção às várias interações da mãe com seu bebê em detalhe eram comprometidas por uma avaliação muito rápida de que a mãe era exatamente o que uma boa mãe deveria ser. Uma vez assim categorizado, o termo *boa* funcionou como um envelope que nunca poderia ser aberto.

Na verdade, minhas idéias sobre este tema não se originaram deste material ou de outro semelhante, mas das trocas mais indefiníveis nas próprias sessões, ao longo do tempo. São indefiníveis porque são pequenas, repetitivas e difíceis de reproduzir, também porque os problemas de atenção me afetaram tanto quanto à paciente. Percebi, relativamente cedo, que minha paciente movia-se ao longo de um vetor de valor moral na maioria das vezes, enquanto eu tinha esperança de que ela pudesse juntar-se a mim num vetor psicanalítico. Mas passou-se bastante tem-





po antes que eu percebesse o quanto isso estava difundido e, finalmente, subverte-  
ra sua capacidade de dar atenção aos fenômenos primários. O mais óbvio era a sua  
transformação das minhas interpretações em seus próprios julgamentos carrega-  
dos de valores sobre si mesma. Um pequeno exemplo: uma das razões para ela  
estar atrasada em seu curso era que nunca falava nos seminários. Em uma sessão,  
a partir de algum material, comentei: “Você acredita que, a não ser que já saiba  
tudo, deve ser estúpida e, portanto, é melhor ficar quieta”. Ela suspirou e disse:  
“Sim, estou simplesmente muito preguiçosa para aprender”. Se fosse feita a per-  
gunta à Dra. D. sobre o que eu tinha interpretado, ela diria que eu pensava que ela  
não se preocupava em aprender. Eu lhe assinalei isso em nosso trabalho conjunto,  
e ela mais e mais se tornou consciente de que vivia num fluxo constante de auto-  
avaliação, mas demorou para que eu avaliasse quão profundamente isso impedia  
sua capacidade de pensar e percebesse como isso anulava sua capacidade para a  
atenção.

Não havia somente avaliação adversa. Por exemplo, ela veio a uma sessão  
entusiasmada e excitada porque, como ela disse, tinha estado num seminário clí-  
nico dado pelo Dr. X. e fora fantástico, ele era maravilhoso. Infelizmente, tornou-  
se mais claro, durante a sessão, que ela não podia lembrar nada do que ele tinha  
dito ou do caso que tinha sido discutido. Era como se os eventos observados tives-  
sem sido tragados na poderosa valorização do Dr. X. Isso também ocorria em suas  
avaliações negativas de professores e colegas: uma vez rapidamente categoriza-  
dos, suas características eram invisíveis.

Por razões de confiabilidade, não quero discutir se isso ocorria na sua vida  
pessoal atual, mas, em termos gerais, diria que sim. O resultado tendia a ser que,  
para ela, as outras pessoas tinham julgamentos de valores fixados, mas não ti-  
nham caráter. Uma consequência disso era que, para ela, as pessoas nunca eram  
previsíveis e, portanto, eram muito menos toleráveis do que, talvez, de outra for-  
ma teriam sido. Não quero fornecer a história usual dos primeiros anos de vida da  
paciente porque consistem, em geral, em vagas nuvens escuras por tempo não  
especificado com mais raros raios de luminosas recordações de momentos especí-  
ficos. A tentativa de reconstruir poderia ser intensa para alguns analistas; seu pri-  
meiro analista pertencia a uma escola diferente da minha, e suspeito, por alguns  
comentários dela, que ele tenha seguido o método daquela escola, entretanto ela  
parecia não ter recordações e, certamente, não o adotou para si.

Resumindo, ela era o membro mais jovem de sua família e está bem claro,  
em sua mente, que era o único saudável. Esta é a configuração que tenho postula-  
do como subjacente aos casos de complacência analítica mútua (Britton, 1998).  
Na transferência, ela tinha me categorizado como um objeto ideal, mas que ela





Ronald Skirrow Britton

aparentemente conhecia pouco. Permaneci não examinado; eu tinha o status de um oráculo cujas declarações não estavam sujeitas à verificação, mas deveriam, em princípio, ser reverenciadas. Ela sabia a meu respeito pela minha reputação e por ouvir dizer, mas aproveitou pouco de sua posição para descobrir mais; ela sabia dos meus livros e trabalhos, mas não os lera. Isso me lembrou do Dr. Pangloss e *Cândido*, (de Voltaire), cujo relacionamento eu tinha exemplificado em meu trabalho *The Complacent Analyst and the Complaisant Patient* (idem). Se consideramos aquela história, torna-se claro que há um terceiro personagem em suas reiteraões de “Tudo é para o melhor no melhor de todos os mundos possíveis”, isto é, Deus. E a bondade e a sabedoria de Deus nunca devem ser questionadas e todas as evidências contrárias à providência benigna devem ser ignoradas.

Minha paciente idealizou uma versão de mim que sentia como uma abstração e idealizou a maternidade de uma maneira que parecia ser separada de sua mãe. Aprender pelas experiências não fez parte do seu conhecimento a meu respeito, exceto da maneira mais geral; ela rapidamente desviou sua atenção de qualquer deficiência que poderia perceber em mim.

## Discussão teórica

Gostaria de começar com o trabalho em que Freud primeiro coloca o relacionamento com a realidade no centro da psicanálise. Ele escreveu: “Um novo princípio do funcionamento mental foi assim introduzido; o que era apresentado na mente não era mais o que fosse prazeroso, mas o que era real, mesmo se fosse desagradável. Este estabelecimento do *princípio da realidade* provou ser um grande avanço” (Freud, S., 1911b, p. 219). É um trabalho extraordinário, repleto de idéias em um curto espaço, que para mim inicia o segundo período da psicanálise de Freud, enquanto *O ego e o id* inicia o terceiro. Esse trabalho de 1911 coloca no coração da psicanálise o conflito entre o teste de realidade e a busca do prazer e a fuga ao desprazer. Coloca no centro do pensar a luta entre ilusão de realidade versus veracidade. Freud escreveu este trabalho ao mesmo tempo que *O caso Schreber* (1911a), e é fascinante explorar os interesses sobrepostos nos dois trabalhos. Se o primeiro inaugura a ênfase na função do ego, o segundo contém as sementes do trabalho posterior de Freud e Klein quanto à relação do ego e superego. Seu progresso no pequeno trabalho sobre os *Dois princípios...* deu-se lentamente; parece ter sido difícil escrevê-lo. A Sociedade de Viena mostrou-se indiferente à sua apresentação inicial dessas idéias, mas foi um grande passo na tranqüila revolução na psicanálise que estava sendo promovida por seu fundador, cujo





revisonismo não era exatamente bem-vindo para seus seguidores. Todavia, tendo sido escrito antes de seus conceitos de superego e ego-ideal terem sido desenvolvidos, não os leva em consideração.

Neste trabalho, quero abordar a interferência pelo superego na função de *atenção* do ego. Para isso ter sentido, eu deveria dizer que propus, em outro lugar, a noção de que o princípio moral, função subjacente do superego, é uma transformação do princípio do prazer. Freud, no seu trabalho, subdivide o ego em um ego da realidade e um ego do prazer (que, presumivelmente, mais tarde se torna o id); eu adicionaria um terceiro, o ego da moral, que mais tarde se torna o superego. Estou sugerindo que, no caso da Dra. D., o que deveria ter sido *atenção*, uma função do ego, foi usurpado pela avaliação, uma função do superego.

Como disse, penso que o trabalho de Freud foi o ponto de partida para a meta-psicologia de Bion. Nas suas palavras:

Freud não levou longe sua investigação da atenção, mas o termo, como ele o usa, tem um significado que eu investigaria como um fator na função alfa [...] A notação e a deposição dos resultados da atenção também são fenômenos a serem investigados pela ajuda da teoria da função alfa. (Bion, W.R., 1962, p. 5).

Aqueles de vocês familiarizados com a grade de Bion vão reconhecer que atenção e notação são pontos no eixo horizontal. Bion mesmo disse que a primeira vítima do uso da grade foi a própria grade, e poucos analistas a usam como ele originalmente pretendia, para retrospectivamente reconstruir os movimentos do pensar do paciente nas sessões. Contudo é útil como um meio de entender a sua nova metapsicologia. Na grade, os pensamentos se desenvolvem de elementos beta, através de elementos alfa, em pensamentos oníricos e então em pré-concepções que formam concepções, as quais podem tornar-se conceitos. Esse progresso é registrado no eixo vertical da grade, numa direção descendente. O eixo horizontal descreve o emprego desses em cada nível, movendo-se desde a hipótese definidora através da notação e da atenção, levando à indagação e à resultante ação. Todos vocês estão familiarizados com a descrição freqüentemente repetida do movimento dos elementos beta aos elementos alfa através do processo de continência. O nível pelo qual me interessa está num estágio posterior, quando pensamentos reconhecíveis e observações estão disponíveis para a atenção e a notação. Na medida em que são sujeitos aos processos de atenção e notação, o resultado torna-se disponível para agir, não somente como um registro de experiência, mas





Ronald Skirrow Britton

como um modelo de expectativa que age como uma pré-concepção para o próximo estágio. Como Bion descreveu:

Qualquer experiência pode ser usada como um *modelo* para alguma experiência futura. Esse aspecto do aprender pela experiência está relacionado e pode mesmo ser idêntico à função que Freud atribui à atenção [...] Antes que uma experiência emocional possa ser usada como modelo, seus dados sensoriais têm de ser transformados em elementos alfa para serem armazenados e tornados disponíveis para abstração. (1962, p. 74).

Os pensamentos resultantes, se for mantida determinada atenção suficiente, formam um modelo (categoria C na grade de Bion) que pode agir como uma pré-concepção que pode ou não se concretizar, isto é, como uma expectativa que pode ser ou não realizada. Uma concepção, de forma similar, uma vez estabelecida, atua como uma expectativa que pode ser realizada, produzindo assim um conceito. Prefiro falar em uma *expectativa que pode ser realizada* porque a idéia de realização contém os fatores principais do desejo e, portanto, insinua a possibilidade de buscar preenchimento sem chegar à realização. Preenchimento sem realização ficaria, no esquema de Bion, na coluna dois. A coluna dois, ele a descreveu como o uso (mau uso) de idéias existentes ou supervalorizadas para obstruir o surgimento do conhecido desagradável ou do desconhecido assustador; bloqueia a notação e a atenção na suas colunas horizontais (Bion, W. R., 1963, p. 98).

Estou sugerindo que, no caso da Dra. D., a realização é evitada e, em vez disso, a satisfação é alcançada pelo preenchimento de um conceito moral. Isto é alcançado pela substituição da atenção pela avaliação, pela função de superego em vez de função de ego.

Na teoria de Bion, a experiência é alcançada por meio da atenção e da notação, das quais uma abstração pode ser feita. A partir disso, pode produzir-se um modelo que informa a expectativa para a experiência futura. Por exemplo, alguém vê uma pessoa – da qual gosta muito – feliz pelo noivado com outra pessoa e sente ciúmes. Isso pode levantar uma abstração sobre triângulos:  $(1+1)+1 =$  ciúmes; isso pode tornar-se a base de um modelo dos relacionamentos humanos que, como pré-concepção, está sempre esperando sua realização. No entanto, estou sugerindo que também há modelos prontos baseados no superego que podem usurpar o lugar das experiências posteriores pela rápida substituição da atenção pela avaliação e da notação pelo julgamento moral. No meu exemplo simples, em vez da atenção capturada e uma experiência de ciúmes, haveria a rápida formulação de que aquele casal deveria estar envergonhado. Produz-se um tipo específico





de prazer superegóico e evita-se uma realização dolorosa.

O que a análise da Dra D. revelou para nós dois, por fim, era que ela vivia num universo moral continuamente criado que se assemelhava ao mundo real, mas suas categorizações estavam baseadas em julgamentos de valores e não em observações. As pessoas nesse mundo tinham os nomes e rostos corretos, mas eram realmente mais como personagens de *Pilgrim's Progress* do que colegas, amigos ou conhecidos. Deixada com suas contínuas substituições, sua análise teria se tornado um tipo de terapia moral como a praticada pelo Dr. Pangloss em *Cândido*. □

## Abstract

### Attention disorder and impasse in analysis

This paper presents a clinical case to demonstrate how a dysfunction of attention can produce an impasse in analysis. The author discusses its understanding and the derived implications for the psychoanalytic technique based on Freud's and, more particularly, on Bion's theoretical developments. The disorder discussed occurs at a stage in processing mental content when *thinking* is required to evaluate and develop existing thoughts and subject them to reality testing. It is argued that this dysfunction of attention disables thinking, notation and memory, thus encumbering the possibility to learn from experience. The conclusion reached is that this attention disorder interferes negatively with the evolution and the benefits of psychoanalysis, inasmuch as nothing is registered, nothing is remembered and learning from experience does not occur until the attention disorder is addressed by the treatment.

Keywords: Attention disorder. Bion. Psychoanalytic technique. Impasse. Learning from experience. Superego. Reality-testing.

## Resumen

### Distúrbio de atención e impase en análisis

El autor utiliza un caso clínico para demostrar como una disfunción de atención puede producir un impase en el análisis. Se basa en concepciones teóricas de Freud y, especialmente, Bion, para comprender el disturbio y discutir sus implicaciones técnicas. Aborda un disturbio que incide sobre una etapa del





Ronald Skirrow Britton

procesamiento de contenido mental en que se requiere *pensar* para evaluar y desarrollar pensamientos existentes y someterlos a la prueba de realidad. Propone que tal disfunción de atención deshabilita el pensar, la notación y la memoria, interfiriendo así en la posibilidad de aprender con la experiencia. Concluye que, hasta que se trate el disturbo de atención en las sesiones, no se registra nada, no se recuerda nada y el aprendizaje por la experiencia no puede realizarse, interfiriendo en la evolución y en el aprovechamiento del análisis.

Palabras llave: Disturbo de atención. Bion. Técnica psicoanalítica. Impase. Aprender con la experiencia. Superyó. Prueba de realidad.

## Referências

- BION, W. R. (1962). *Learning from experience*. London: Karnac, 1962.  
———. (1963). *Elements of psychoanalysis*. London: Karnac, 1963.  
BRITTON, R. (1998). Complacency in analysis and everyday life. In: ———. *Belief and imagination: explorations in psychoanalysis*. London: Routledge, 1998. p.82-96.  
DAVIDSON, (1995). *Davidson's principles and practice of medicine*. Editores: C.R.W. Edwards, I.A.D. Bouchier, C.Haslett, E.R. Chilvers. 17 ed. Edinburgo: Churchill Livingstone, 1995.  
FREUD, S. (1911a). Psycho-analytic notes on an autobiographical account of a case of paranoids. In: *The complete psychological works of Sigmund Freud*. v. 12. London: The Hogarth Press, 1962, p. 3-82.  
———. (1911b). Formulations on the two principles of mental functioning. In: *The complete psychological works of Sigmund Freud*. v. 12. London: The Hogarth Press, 1962, p. 213-226.  
VOLTAIRE. (1759). *Candide: or optimism*. London: Penguin Classics, 1974.

Recebido em 24/02/2006

Aceito em 22/03/2006

Tradução de **Alan Peter Fear**

Revisão técnica de **Patrícia Fabrício Lago**

**Ronald Skirrow Britton**

24 Hillfield Road

NW6 1PZ London – UK

© Revista de Psicanálise – SPPA

