

OS DESAFIOS DA PSICANÁLISE ANTE AS NOVAS PATOLOGIAS: VAZIO MENTAL e ESTADOS AUTÍSTICOS¹

Alicia Beatriz Dorado de Lisondo

*“Esse olhar quando encontro o meu, fala de uma coisa que eu não posso acreditar,
doce é sonhar e pensar que você gosta de mim como eu de você.”*

Tom Jobim

O Sonhar e o Pensar, como disse o poeta,
são conquistas que nascem na sensorialidade.

“Abra os olhos e você vai ver a escuridão do útero”

(Bion, 1979, p. 2)

Os desafios da psicanálise na contemporaneidade estimulam uma revisão teórica e metodológica rigorosa. Penso que tanto a fragmentação quanto a diversidade da psicanálise atual (Green, 2005) nos exigem uma postura cautelosa e amadurecida para não perder as pilstras de sustentação da nossa ciência, nela a clínica é soberana.

O ser humano padece desde sempre das doenças na alma, oriundas das limitações de sua condição limitada, vulnerável, dependente, mortal.

A psicanálise hoje precisa enfrentar os novos desafios da contemporaneidade. O seu poder é permanentemente questionado. Ora há uma negação, ora um desconhecimento de sua originalidade revolucionária, quando se pretende desfigurar a sua essência, dela exigindo critérios de validação oriundos das ciências positivas.

O imediatismo do mundo moderno exige “resultados” e “produtos” arrasando o tempo dos processos mentais, nos quais não há precocidade, nem aceleração possível, mas nascimentos psíquicos prematuros. As seqüelas dessa precipitação são as perturbações na construção da subjetividade.

Em quanto a infância é sacrificada com separações precoces e as exigências de competência e independência, a adolescência pode perpetuar a dependência.

A onipotência do pensamento, enraizada na cultura, busca soluções mágicas e rápidas.

A subjetividade em construção também é aplainada quando a psiquiatria, ou as

¹ Agradeço a colega *Regina Elisabeth Lordello Coimbra* a oportunidade de apresentar este paciente.

neurociências reduzem o mistério da alma humana adoecida a uma corporeidade material: o cérebro. A medicação quando se ergue com arrogância como o único caminho, cai no perigoso reducionismo.

Impedir que o sujeito e o outro possam vir a se construir, e se desenvolver humanamente, numa relação para tolerar à alteridade, na contra mão da tendência, nestas patologias de trocar o humano e sua imprevisibilidade, pelo inanimado completamente previsível - drogas, objetos autísticos, grifes etc. - é um crime. Sem o a criação do espaço mental, as caras funções mentais não podem se desenvolver. Os vínculos de amor e de ódio antecedem o conhecimento. Sem a vida afetiva que irriga o pensamento, estabelecendo as relações e a criação, o ser humano, às vezes sem consciência da própria existência, pode perpetuar a deterioração mental!

Sem negar a revolução cultural, social, política desta era pós-moderna, como fatores poderosos presentes nas estruturas patológicas em este século; me inclino a ir além de uma leitura determinista das séries complementarias em Freud, ou das posições em M Klein, ou do estruturalismo com o encantamento pela palavra simbólica, ou de uma teoria só ambientalista.

A mente humana na sua dimensão misteriosa, que alberga o irreconhecível como limite radical, está além de qualquer teoria na própria psicanálise. O diálogo interdisciplinar é uma exigência e uma atitude ética de respeito ante o sofrimento humano.

A observação faz parte da metodologia científica. Entretanto, ela permite uma descrição do comportamento visível insuficiente para enraizar um diagnóstico psicanalítico estrutural. O modelo metapsicológico e técnico é um paradigma transformável, por isto a psicanálise abriu as portas as novas patologias.

A metapsicologia sustenta uma nosografia psicanalítica. A primeira define os princípios de funcionamento, os eixos reitores. A segunda permite a inteligibilidade estrutural de uma constelação psíquica como um modelo organizador.

Uma perigosa tentação é forçar, numa leitura distorcida da obra do mestre austríaco, um fator das series complementarias, COMO CAUSA QUE TUDO O EXPLIQUE. Sua obra contempla a relação dialética entre os diversos fatores, a perplexidade ante a tenacidade dos quadros psicopatológicos que inspiram a revolução da segunda tópica, e a humildade ante análise interminável (Freud, 1937).

Outra tentação é a pretensão de encaixar nas POSIÇÕES de M KLEIN - com ênfase nas configurações do mundo interno -, os novos fenômenos observados. Ou acentuar, pelo outro lado só o ambiente, na etiologia das novas patologias.

Nas novas patologias, nos defrontamos, às vezes, com fenômenos anteriores a celebre

Posição Esquizoparanóide, nesta já há um objeto, um sujeito e um ego incipiente.

É o nosso lugar analítico re-visitado e a nossa capacidade de escuta aguçada pelas novas contribuições teóricas, que me parece, tem permitido a analisabilidade das novas patologias.

ESTADOS MENTAIS PRIMITIVOS:

Nestas novas patologias há um comum denominador, qual seja o predomínio dos Estados Mentais Primitivos (EMP)²

Quando estes estados prevalecem encontramos dificuldades na área da simbolização, da aquisição da linguagem, da aprendizagem, e, transtornos do pensamento.

Estes EMP, se bem tem uma origem temporal, transcendem as etapas cronológicas e constituem a estrutura da subjetividade. Eles fazem parte do complexo mundo psíquico, e podem estar em núcleos encapsulados. Sustento que a estrutura da personalidade não nasce pronta, é uma conquista. Tanto o SUJEITO quanto o OBJETO precisam serem construídos. Estes estados, não necessariamente patológicos (Bianchedi,1999), são também a fonte da criatividade, aparecem em sonhos, permitem a capacidade de contemplação ante as obras de arte - deslocamentos metafóricos do primeiro objeto a despertar o conflito estético: o seio materno (Meltzer, 1975).

Resumidamente, estes EMP se caracterizam:

- Do ponto de vista *tópico*:
 - Freud, na segunda tópica, apresenta a representação como o resultado de um trabalho psíquico, trabalho de ligação - *bindung* -, atividade de *Eros*. Nos EMP não há representações porque as marcas mnemônicas não alcançam o estatuto das representações de palavra na sede do Pré- Cc. Para tanto estas marcas sensoriais precisariam formar as Representações de Coisa e se coagular com as Representações de Palavra (cf. Freud, 1915; Green, 2005).
 - Num outro referencial, os pictogramas (Aulagnier, 1979) não são transformados em ideogramas.
- Do ponto de vista *econômico*:
 - *Ansiedade catastrófica no estado de não integração* - *experiência passiva de total desamparo* (cf. Bick, 1968; Meltzer, 1975).

2 Entendo por novas patologias o vazio mental, os estados autísticos, simbiose patológica, as doenças do psico-

- **“Fear of Breakdown”** (Winnicott, 1978) - o colapso permite descrever o impensável estado de coisas subjacentes à organização defensiva. É um colapso do estabelecimento do self unitário. Entre as agonias primitivas, o autor cita:

- - o retorno a um estado não-integrado;
 - um cair para sempre;
 - a perda do conluio psicossomático, fracasso da habitação da psique no soma;
 - a perda do sentido do real. (Defesa: exploração do narcisismo primário);
 - a perda da capacidade de relacionar-se com objetos. (Defesa: estados autistas, relacionados apenas aos fenômenos do self);
 - a **“angústia de precipitação”** (Houzel, 1991). É esta a angústia de desintegração ligada à experiência de gradiente (distância entre dois lugares), de forças psíquicas vivenciadas como fonte de turbulência e de caos, se a comunicação com o objeto não vier a atenuar esse gradiente para torná-lo transponível. O termo **“precipitação”** tem o sentido de mostrar, nesta emoção desestruturante, a queda espacial e a aceleração temporal;
 - a **ansiedade de separação catastrófica**. São afetos sem figurabilidade possível, sem palavra, sem representação, sem pensamento,.
 - existência de terrores que jazem no buraco negro (Tustin, 1981 e 1986);
- Do ponto de vista **dinâmico**:

Caracteriza-se por uma utilização maciça de mecanismos de defesa.

O *splitting*, de Bion, ou *Zerspaltung*, de Bleuler - específico da posição *glischrocárica*, é diferente do *Spaltung* - dissociação de Bleuler, que se pode equiparar ao *splitting* normal de Rosenfeld, mecanismos da posição esquizo-paranóide.

É a perpetuação da *cisão* que origina a patologia narcisista. Os fatos se separam da experiência dos mesmos. As emoções se desvinculam entre si. As idéias incipientes ficam encapsuladas isoladamente. Para Meltzer (1975) a *cisão* alcança a separação e o controle onipotente dos objetos externos e internos sem sadismo, sem violência. **Segmentação ou desmantelamento** são os nomes destas cisões peculiares. Os eventos desmantelados de sentido são unidos em adesões e conglomerados. Para Sor (1993), estas experiências são de vazio e não de destruição: “as idéias são separadas da fraternidade com outras idéias e afastadas dos sentimentos e emoções conexas, (...) sofrem um devastador processo de

dessecação, languidecimento e mumificação progressiva até ficarem reduzidas a cascas vazias” (1993, p. 108).

O isolamento é a defesa para evitar a dor, a angústia e o contato com a realidade. A simbiose pode ser compreendida como um corte com o mundo do “núcleo autista de dois” (Sor & Gazzano, 1993).

As cisões, o isolamento e a evasão **extremas** são os mecanismos de defesa para lidar com o terrível sofrimento e a dor psíquica **extrema** (Mitrani, 2001).

- Do ponto de vista **genético**:

Estas estruturas podem se enraizar, quando patológicas, na constituição perturbada da subjetividade materna e paterna. O filho é enclausurado no registro narcísico. A gravidez é a realização da completude fálica. Como fator importante pode aparecer a vida intra-uterina como modelo: repouso, calor e falta de estímulos. Não há experiência emocional e possibilidades de elaboração da separação, da frustração, das falhas, das perdas, das passagens, dos lutos, da dor. Esta cultura favorece a morte psíquica.

- Pelo predomínio da sensorialidade,

- Pela vigência da consciência rudimentar,

- Neles pode prevalecer a experiência de ausência de vida afetiva, o “vazio afetivo” (cf. Lutemberg; Lisondo),

- Os objetos são auto-sensuais e pré-simbólicos, para Tustin “objetos e formas autísticas” (1981 e 1986) desencadeadas pelo contato e não pelo mundo fantasmático e emocional como ocorre na psicose e na neurose,

- Operam na unidimensionalidade e a bidimensionalidade com um tempo circular e um espaço bidimensional (Bick, 1968; Meltzer, 1975),

- As identificações são adesivas ao invés da clássica identificação projetiva estudada por Klein (1946) e ampliada por Bion (1962) que exige a tridimensionalidade, ou seja um espaço mental,

- Quando os EMP são hegemônicos é possível observar extrema vulnerabilidade pelo “nascimento psíquico prematuro” (Tustin, 1981;1982),

- Falta um fundo de identificação primária (Grotstein, 1999)

- Rainha um mundo concreto de coisas em si mesmas pela impossibilidade de simbolizar. As impressões sensoriais nem sempre são transformadas em elementos sensórias para alcançar o estatuto de dados sensórias. São os afetos que permitem as experiências emocionais que quando nomeadas se transformam em sentimentos.

- Nos EMP dominam os elementos β , ou seja elementos sensoriais que não foram transformados pela função α pelas falhas na *reverie*. Eles são estímulos sensoriais não digeridos. O seu destino é a evacuação, a descarga para aliviar o aparelho mental do acúmulo de tensão (Bion, 1962),

- No autismo, os elementos γ não transformáveis (Sor & Gazzano, 1993) responsáveis pelo fanatismo, tem primazia,

- Quando estes estados prevalecem o protomental (Bion,1976) pode não ter alcançado a realização, desvitalizando as pré-concepções pela privação da boa *reverie*.

- Estes EMP podem não ter tido a possibilidade de transformação metapsicológica - ser a matéria prima para criar o aparelho para pensar os pensamentos e sentir os sentimentos - pela catástrofe primitiva na origem da vida, onde se enraíza a depressão essencial.

- Pelas transformações autísticas nas quais prevalecem os fenômenos autísticos, (Korbivcher, 2004),

- Falta a repressão primária, por isto não estamos autorizados a nos referir a sintomas e sim a transtornos (Bleichmar, 1999),

- Marty (1995) refere nas patologias psicossomáticas um pensamento operatório. Acho que não é um bom nome para este achado clínico pela própria definição psicanalítica do termo pensamento. Prefiro usar para nomear o fenômeno rituais compulsivos para repetir o mesmo, em aglomerados concretos,

- Falta a barreira de contato formada com os elementos α , no seu lugar se encontra a β ,

- Há uma indiscriminação entre o sujeito e o objeto. Ambos exigem a sua construção,

- Predominam estados de não existência. Ou seja, falta a consciência de existência mental (Tustin, 1990),

- Em estes estados não há associação verbal simbólica. Podemos observar uma “associação corporal” (Lutemberg, 2001),

- Outros tantas possibilidades a investigar,

ESTAS NOVAS PATOLOGIAS:

Freud se enamorou das pacientes histéricas no início de século, deixou de lado as psico-neuroses de defesa com todo o potencial para o estudo de patologias aquém da neurose.

Ele não conseguiu rever os casos clínicos após a revolução metapsicológica da década de 1920, onde apresenta a pulsão de morte, e os estudos sobre as identificações. O inconsciente, conceitualizado por Freud na segunda tópica, alberga no I.D. o mundo do

irrepresentável, do impensável, do buraco negro, da psicose e da psicossomática (Green, 1990).

No modelo da neurose, repressão primária mediante, nos defrontamos com sintomas. O sonho é o paradigma metapsicológico. A associação verbal de parte do paciente, é a contraparte da atenção flutuante do analista.

Quando a palavra está desencarnada da representação de coisa, nós defrontamos com a palavra sem sentido a palavra vazia, a fala de papagaio, ao invés da palavra simbólica.

Melanie Klein, cria a técnica de jogo. A caixa de brinquedos oferece uma linguagem concreta, para a expressão do mundo interno, quando a palavra simbólica precisa ser parida. Se bem a sua teoria e a nova técnica abrem as portas da sala de análise para o paciente psicótico e inaugura a psicanálise de crianças, sua metapsicologia pressupõe a existência de um ego e um objeto desde o nascimento.

Em 1930 Melanie Klein, ante Dick, menino com serias inibições mentais quem não podia aprender, com genial intuição cria a equação simbólica: a locomotiva é a mamãe. As fantasias sádicas e destrutivas em torno do ventre materno lhe permitem compreender as inibições do paciente. Conceitualiza o instinto epistemofílico. À luz de Klein, para Dick aprender era penetrar e destruir o corpo materno.

Bion cria uma nova metapsicologia. O analista do pensamento, conceitualiza a função da *reverie*, dando outro estatuto à relação objetal. É a função α da mãe a responsável pela transformação dos elementos β em α . No período místico este autor mergulha nas raízes do psiquismo com conjecturas imaginativas sobre o psiquismo pré-natal, o protomental, os aspectos não nascidos da mente, presentes na personalidade total: uma estrutura de relações.

Em certos transtornos do desenvolvimento como as aqui abordadas: patologias do Vazio, Estados Autísticos, Simbiose Patológica (SP^3), na realidade pode não haver nem objeto nem sujeito. Aqui jaz a divisória de águas com a psicose, em que há um eu constituído como unidade.

Lidar com a complexidade das configurações mentais onde se incluem as transformações autísticas, setores de vazio mental implica compreender a mente humana como um sistema complexo, onde várias áreas co-existem. São núcleos do tecido mental que precisam serem abordados no processo analítico para não provocar a paralisação do desenvolvimento.

³ Sera utilizado no trabalho somente a sigla SP.

O VAZIO MENTAL⁴

Escolho o conceito nosográfico de vazio mental como um paradigma metapsicológico (Fédida, 1991), de modo a abordar as variadas formas em que este vazio pode aparecer na clínica, nas patologias narcisistas: neo-sexualidades, drogadicção, enclaves autísticos, bulimia, anorexia, doenças psicossomáticas etc. Cada quadro psicopatológico na sua especificidade revela a tentativa de preencher este vazio que cada vez mais se aprofunda quando faltam experiências reais, genuínas e autênticas.

O *vazio mental* é uma grave *alteração* estrutural da mente; um continente que não pode albergar conteúdos, uma alteração da relação continente-conteúdo (Bion, 1970). Para Lutemberg (1999), esta patologia corresponde a uma ausência da condição humana no interior da mente, a impossibilidade de realização da pré-concepção humana. Os pacientes com vazio mental passam da *angústia sinal* (Freud, 1926) ao “*terror sem nome*” (Bion, 1967).

Há uma fragilidade narcisista na coesão das identificações estruturantes, raiz da vulnerabilidade. A identificação é um processo e uma estrutura; é o núcleo sobre o qual se estrutura o *Eu* e o *Supereu*.

De Freud em diante a frustração é o ponto de partida que exige trabalho de elaboração do aparelho psíquico. A frustração é a não-realização da pré-concepção, é a espera, a expectativa do encontro com o objeto de desejo.

A ruptura precoce da necessária simbiose funcional primária provoca um terror sem nome. Vida afora, a *compulsão repetitiva* (Freud, 1920) procura com desespero um renascimento psíquico: a relação simbiótica, outrora impossível. As defesas simbióticas erguem-se para anular a dor psíquica pela perda do objeto que é substituído diante da impossibilidade de realizar o trabalho do luto. Há regiões *sincréticas* da mente que apelam para a fusão e efetuam vínculos simbióticos, indiscriminados, vida afora (Bleger, 1967), na tentativa de compensar o terror e paralisar o tempo.

A simbiose secundária é uma defesa ante o vazio e o terror; ela perpétua os vínculos eternamente sincréticos.

Distintas cisões estruturais egóicas estão presentes no sujeito, sem o menor contato entre elas e sem a possibilidade de síntese. Os abortos e desmames psíquicos, sofridos na história pessoal, cavam o vazio e o terror mental. As rupturas simbióticas acentuam o tédio vital, um aborrecimento vazio.

Em Freud (1920) há repetições além e aquém do princípio do prazer. A pulsão de

⁴ LISONDO, A. B. D. de (2004) “Na cultura do vazio, patologias do vazio”. In *Revista Brasileira de Psicanálise*, vol. 38, nº 2, 2004, pp. 335-58.

morte é geradora de desuniões, do “*trabalho do negativa*” (Green, 1993). A reação terapêutica negativa (R.T.N.) é compreendida como uma compulsão repetitiva que está “além do princípio do prazer”. Procura-se por uma *carga* que instaure a *inscrição psíquica faltante* “ao invés da descarga”, *um renascimento*. É trabalho terapêutico fazer com que EROS não só enfraqueça mais transforme o mudo – mas eficiente – trabalho de THANATOS. O núcleo do processo são as identificações estruturantes no *Eu* e no *Supereu*. Nos pacientes severamente perturbados a parte psicótica da personalidade (Bion, 1957) impulsiona as quantidades a avançar para o exterior, como se não houvesse frustração que limitasse o desejo. É construída uma nova realidade que descarta “os limites”: aceitá-los provocaria um colapso narcisista de todo o *Eu*. Tanto as defesas miméticas quanto o recolhimento autístico evitam a dor psíquica.

O bebê nasce com um ID com múltiplas profantasias e disposições a serem desenvolvidas. Graças à relação intersubjetiva, o *potencial se realiza*. Segundo Winnicott, um meio facilitador adequado proporciona “sustentação, *holding*”, “manejo, *handling*” e “*apresentação do objeto*”.

Para Winnicott (1982), as vivências de terror pertencem às vivências muito primitivas de colapso e vazio passadas que se temem padecer no futuro. O vazio, para este autor, corresponde a estágios muito primitivos de *não-integração*.

Com Bion (1962), o vazio mental pode ser compreendido através da identificação projetiva (I.P.) massiva. Quando o paciente tenta pensar, produz-se um esvaziamento mental, na medida em que os elementos *BETA* são expulsos e evacuados. Junto aos elementos evacuados vão a emoção, o registro desta emoção, funções mentais e, portanto, a capacidade para pensar. A eliminação progressiva de tais elementos gera o empobrecimento mental. Com estes pacientes, somos testemunhas na transferência da ORFANDE MENTAL. A violência da identificação projetiva massiva pode despejar seus componentes num espaço exterior, criando o *objeto bizarro* que é colocado no lugar da ausência, objeto que, não é gerador de vida e sentido. O objeto bizarro condensa as qualidades originais do objeto e lhe soma múltiplas funções provenientes da parte psicótica da personalidade. Ocupa o lugar que deveria ocupar a ausência como pensamento.

O “objeto buraco”(Quinodoz, 1996), que corresponde a um “sujeito buraco”, faz referência a um objeto que, na transferência, vive-se como inexistente e que gera os “buracos de ansiedade”. É um objeto sem representação, um “buraco na fantasia”. No seu artigo a autora menciona uma paciente que nas sessões confessava: “eu nasci quando tinha seis meses de idade”. Para essa adolescente, os pais biológicos eram inexistentes e não ausentes. Denegando a cena primária, ela amputa a origem traumática de sua vida e repete em atuações

a tragédia de sua origem (Lisondo, 1992), para ela irrepresentável, inominável.

CERTOS TRANSTORNOS DO DESENVOLVIMENTO: AUTISMO, SIMBIOSE PATOLOGICA:

Leo Kanner, em 1943 (Rocha, 1997), utiliza a palavra *autismo*, criada por Bleuler, para designar a tendência patológica de certos pacientes que se afastam da realidade e voltam-se para a vida interior, sintoma que descreveu na esquizofrenia. O distúrbio fundamental “patonômico” é a incapacidade das crianças de estabelecerem relações afetivas. O autor faz referência ao *fechamento autístico extremo*. Ele o diferencia das esquizofrenias, porque nestas últimas há uma ruptura de relações previamente estabelecidas, *um retraimento*.

Kanner faz um estudo descritivo da sintomatologia destes pacientes destacando traços obsessivos, incapacidade para usar a linguagem significativamente - ecolalia, estereotipia, distúrbios no uso dos pronomes -, isolamento, gratificação masturbatória. É importante destacar, já neste trabalho pioneiro, a necessidade poderosa destas crianças de não serem perturbadas e de paralisarem as mudanças psíquicas. Há referência, nas histórias clínicas, a pais intelectuais, obsessivos, pouco calorosos. O autor levanta a hipótese de “distúrbios autísticos inatos do contato afetivo” e orienta a necessidade de investigação sobre os componentes constitucionais da reatividade emocional.

M. Mahler (1955) faz uma importante distinção entre a psicose autística e as psicose simbiótica - a *SP* Na fase de separação e individuação - um segundo nascimento - o medo característico da *SP* consiste na ansiedade de separação, diferente do medo de aniquilação pelo abandono. O rompimento da membrana simbiótica que envolve o relacionamento mãe - bebê é impensável. A simbiose garante a existência. A ansiedade de separação é catastrófica pelo estreito vínculo de dependência com o objeto externo. O resultado é um estado narcisista, apagando-se os limites do *self*, fundidos com os da mãe.

E. Bick (1968), com seu célebre trabalho, revoluciona a teoria kleiniana ao permitir compreender as relações com um objeto não instalado na tridimensionalidade e, portanto, confundido com um *self* num mundo uni e bi-dimensional. Neste ponto se situa o agarrar-se a si mesmo e a formação da “falsa pele”. A autora refere-se à função primária da pele do bebê e de seus objetos primários na união mais primitiva de partes da personalidade não diferenciadas com partes do corpo. A pele funciona como limite das partes da personalidade que não têm força de ligação entre si. A função interna de conter partes do *self* depende da introjeção de um objeto externo capaz de cumprir esta função. A identificação com esta

função substitui o estado de não integração - experiência passiva de total desamparo - e dá origem à fantasia de espaços internos e externos.

Bleger (1975) define o *sincretismo* como uma estrutura indiferenciada, na qual não há discriminação entre o eu e o objeto, entre mente e corpo, por isso não há confusão. A *SP* é uma relação *fusional*, na qual a claustrofobia e a agorafobia se complementam. O corpo é usado como “buffer”, um protetor num mecanismo homeostático, para não alterar o equilíbrio mental. Este autor coincide com Gazzano, Sor e Senet ao conceitualizar o autismo como possível consequência da dependência simbiótica patológica que, com sua imobilização e controle, chega a paralisar a introjeção e a projeção.

Como Ogden, Bleger postula uma posição anterior à P.S. e à P.D. kleiniana. Esta terceira posição *glischro-cárica* se caracteriza:

- pela relação com um *Núcleo* - ao invés de objeto- *aglutinado* (*glischroide*);
- pela ansiedade catastrófica;
- pelas defesas funcionando em máxima violência, massividade e intensidade;
- pelo *splitting*, para Bion; *Zerspaltung*, para Bleuler, projeção e imobilização.

O autor prefere o conceito de identificação primária ante a falta de uma verdadeira relação objetal. A viscosidade é o fenômeno resultante do vínculo com o *núcleo aglutinado*. Esta terceira posição seria o ponto de fixação da epilepsia. A simbiose, com imobilização e controle, preserva o ser de uma fragmentação psicótica, destrutiva, aniquilante (*Zerspaltung*). Esta organização primitiva é o leito da parte psicótica da personalidade.

Por sua vez, **Aragonés** (1999) destaca que o narcisismo e o sincretismo se complementam permanentemente. O autismo é definido como uma defesa, uma negação onipotente da dependência simbiótica. Autismo e simbiose seriam extremos opostos.

Meltzer (1975) defende a tese de que os mecanismos autistas implicam um ataque à capacidade de realizar atos mentais. O mundo está povoado por objetos sensoriais, objetos autísticos, usados para estancar a hemorragia existencial. O tempo e o espaço se enclausuram quase entre a pulsão e a satisfação sensual da necessidade.

Portanto, na *SP* há colapso da função mental, do senso comum, cuja falha Meltzer conceitualiza como “*mindlessness*” e que, no autismo, suspende a atenção. A desmentalização acumula eventos ao invés de experiências significativas capazes de armazenarem-se como símbolos mnêmicos, como os elementos alfa de Bion. O autista desmantela as percepções integradas sensualmente, o sentido comum de Bion. Este desmantelamento é passivo, pois se realiza através da suspensão da atenção. O significado em essência emocional não pode ser concebido. A experiência incipiente se reduz ao não ter sentido. Ela não pode funcionar como

uma “forma simbólica” para conter significação emocional. As articulações são mecânicas e fortuitas.

Para **Bion** (1976), o feto é capaz de detectar emoções básicas, proto-sentimentos, proto-idéias, antes do nascimento. O trauma do nascimento exige um esforço de adaptação ante a intrusividade de estímulos. É a *rêverie* da mãe que ensina a atravessar as cesuras e fazer face às mudanças catastróficas. O terror subtalâmico é um vestígio do mundo pré-natal. O bebê perde funções egóicas vitais ante a resistência a nascer.

Para **Bianchedi** (1997), os níveis mais primitivos da mente no estado “protomental” estão ainda pouco diferenciados do corporal. Ao referir-se à personalidade total abarcando o pré-natal e o pós-natal, a inveja, na conceitualização kleiniana e bioniana, deixaria de ser um fator central na compreensão e interpretação das psicoses. **A intolerância excessiva à frustração e à dor, ao invés do ataque invejoso e voraz ao objeto bom, centra a compreensão**, hipótese sustentada no meu diálogo com Bick. A intolerância pré e pós-natal, as sensações, percepções e os proto-sentimentos e proto-pensamentos, pela turbulência emocional que geram no bebê, vêm a transformar-se em ódio à realidade interna e externa. A mãe não pode humanizar o filho. A função materna, entretanto, como modelo da relação analítica, precisa criar um continente, modular os estímulos, *ensinar a tolerar a dor, criar a esperança, transformar os elementos betas em alfa ao dar sentido, comunicar paixão, permitir o contato com a verdade e a realidade emocional...*

Para **Athanassiou** (1982), trata-se a angústia de uma queda sem fim, de uma liquefação total de si que leva o bebê a agarrar-se, a colar-se, a constituir um funcionamento egóico e uma identidade na sua relação com um objeto.

Gazzano (1983) conceitualiza a *SP* como um transtorno narcisista que configura um pacto sinistro. O paciente é succionado e fusionado às concepções inconscientes da imago materna. Quando a situação é exercida sobre um recém nascido, o autismo, como uma grave perturbação, é o resultado da cristalização das múltiplas simbioses. A teoria dos buracos negros na astronomia seria um modelo. Nesta simbiose, o impulso vital do bebê para crescer e desenvolver-se é subtraído, “aspirado” pela perturbada função materna, herdada num encadeamento geracional, tema que será aprofundado num trabalho posterior.

Ogden (1989) define uma dimensão de todas as vivências humanas mais primitiva do que a posição esquizoparanóide de M. Klein. Este autor conceitualiza uma *posição* como um modo evolutivo e progressivo de gerar vivências por contraste a uma fase do desenvolvimento.

A *posição autista contígua* atribui significado à experiência ordenando os dados

sensoriais puros, formando conexões pré-simbólicas entre as impressões sensoriais que constituem as superfícies, nas quais se originam as vivências do self. A palavra *contígua* - a vivência das superfícies que se tocam mutuamente e estabelecem as conexões - proporciona a antítese para compensar as conotações de isolamento e desconexão que oferece a palavra autismo.

Para **Green** (1983), seguidor de Freud, reduzir as tensões é a tarefa do princípio de Nirvana - de Bárbara Low - e expressaria a tendência da pulsão de morte. Os estados que incluem afetos, prazer, são alheios ao narcisismo primário absoluto. O narcisismo negativo se dirige à inexistência, à anestesia, ao *vazio*, ao *branco* - blank em inglês -, ao neutro. O branco, quando investido de *afeto*, é *indiferença*; quando recai sobre a *representação*, é *alucinação negativa*, quando se volta ao *pensamento*, é a *psicose branca*. Ao conceitualizar o *trabalho do negativo*, enfatiza a função *des-objetalizante* mediante o desligamento - desinvestidura - de THANATOS. O autismo é um exemplo. Em oposição, EROS tem na mira a função *objetalizante da pulsão de vida ou de amor*, parteira da *simbolização*.

Tustin (1984) se preocupa em diferenciar o diagnóstico de crianças com *autismo confusional* daquelas que padecem do *autismo encapsulado*. Ambas sofrem a sensação traumática da perda corporal. As crianças *confusionais* usam a confusão e o embaraço para se protegerem da depressão tipo buraco.

No seu trabalho de publicação póstuma, "Revised Understandings of Psychogenic Autism" (1991), a autora prefere que o termo *autismo* seja reservado para expressar uma específica condição patológica caracterizada pela ausência de relacionamentos humanos e pelo empobrecimento massivo da vida afetiva e mental. O autismo é definido como um sistema perverso de reações ante o trauma da separação, um desvio precoce do desenvolvimento e um mecanismo rígido e perseverante de sobrevivência para preservar e proteger a vida ao lidar com os riscos mediante grandes terrores e angústias primitivas. Os objetos e figurações autísticas - as estereotípias - protegem estas crianças com uma couraça sensorial numa hipnose autogerada. Com o nome de "*psychogenic autism*", a autora destaca, sem negar fatores orgânicos, fatores psicogênicos, já que seus pacientes respondiam à terapia psicanalítica. Ela afirma o conluio anormal da mãe com o filho, parte de seu corpo, que enclausura o desenvolvimento de relações objetais.

O "buraco negro", a fúria e o pânico tomam conta do paciente ao sentir que perde uma parte do próprio corpo na possível separação traumática para ambos. A equação adesiva reforça a onipotência monstruosa, que não é diminuída pela presença do pai com a mãe. O bebê é interpretado pela mãe como se fosse um objeto inanimado para tampar o buraco

materno de vazio e solidão (McDougall, 1986; 1989). A conceitualização do autismo como regressão ou como uma etapa normal do desenvolvimento infantil não é mais sustentada pela autora.

Geissmann (1993) prefere classificar as psicoses simbióticas como “psicoses autísticas secundárias, agitadas e que correspondem a um início observado a partir da idade de seis meses até dois ou três anos”, para diferenciá-las das psicoses autênticas primárias, calmas.

Para **Winnicott**, desde o ponto de vista da vivência, o bebê e a mãe constituem uma *unidade*. A mãe, que pode ser suficientemente boa com a preocupação materna primária, permite o nascimento do SER psicológico do bebê. O holding é o vínculo de identificação primária que a mãe pode estabelecer com o filho.

Fédida, em 1990, aborda o autismo como uma verdadeira fonte de modelação psicopatológica a partir da observação analítica do autismo infantil, estabelecendo um paradigma teórico-clínico e técnico. O sono, ao invés do sonho, seria o modelo do narcisismo primário. O aut(erot)ismo impedido - na fórmula bleuleriana, um autoerotismo sem Eros - atribui a *questão de EROS* referindo-se a um *outro* e *EROS* referindo-se a si *mesmo*.

Anna Alvarez (1997) menciona que Bion assume duas posições um tanto contraditórias no que diz respeito às falhas nos vínculos. Uma delas se refere ao ataque destrutivo dirigido ao pensamento e ao ego do próprio paciente e a outra leva em conta algo que se parece mais com um *déficit* no vínculo, a pré-concepção não realizada de um vínculo. A autora, ao acentuar o conceito de déficit e privação no autismo, destaca a reformulação técnica: é função do analista reclamar, despertar no paciente o sentimento humano de estar vivo. Bion introduz o dinamismo no jogo de identificações projetivas e *rêverie* com o conceito de continente. Ferro (2005) reforça a importância do trabalho do analista no campo analítico.

Em 1920, Freud faz referência aos fenômenos da hereditariedade e à embriologia para explicar a compulsão à repetição. Inspiro-me neste modelo para sustentar a *hereditariedade psíquica* numa *telescopagem geracional* (Faimberg, 1996) na *SP* A mãe não pode criar a necessária perturbação, **DESILUDINDO OU FRUSTRANDO O BEBÊ** para atravessar cesuras. A consciência de si mesmo, o esboço da identidade sexual, que não é sensorial, não pode vir a ser. A questão radica no *SER* (Freud, 1921), também é assim para Winnicott e Bion.

A *SP* é testemunha da cumplicidade, do amálgama dos objetos reais - a perturbada função materna e paterna - na alienação do bebê. O filho é atado às concepções inconscientes

da mãe, características de um "engolfamento". O bebê se aninha na cultura e no mito familiar que o recebe. A função paterna está sempre presente nessa peculiar configuração emaranhada, na qual um triângulo não pode vir a se constituir para que um bebê alcance a subjetividade. Sem a experiência da diferenciação e a criação de um espaço mental tridimensional, não há lugar para a função paterna (Lisondo, 2004a), que deve existir bem integrada na mente da mãe para que ela suporte a adesão e a separabilidade.

Parafrazeando **Freud** (1930), na simbiose patológica, *o eu - a unidade dual, a membrana simbiótica - inclui tudo*, mas depois não desprende de si um mundo exterior. Esse tudo, nesta patologia, é a completude sem diferenciação nas relações de parentesco: a mãe primitiva e infantil não elaborou a própria simbiose. Aqui se pode traçar uma demarcação entre a *SP* e a simbiose inicial da vida psíquica de todo ser humano.

No meu diálogo com Kanner, afirmo que a perturbada função materna e paterna estimula um contato concreto, sensorial, corporal, ao invés do contato mental, afetivo e significativo em bebês com ou sem um comprometimento constitucional. Inspirada em Mahler, eu levanto a hipótese do eclipse de qualquer mudança catastrófica.

Da mão de Bick, sustento que, na *SP*, ante o devastador senso de perda do self, associado à ansiedade catastrófica, o bebê e a mãe-cúmplice, no intrincado enrolar-se, entrelaçam-se nas mútuas peles, perpetuam a posição de adesão envolvente. A pele não cumpre a função primordial, não é *continente na SP*. Uma mãe sem um bom espaço, num estado mental de *rêverie* e de *preocupação materna primária*, não pode conter os estados primitivos do bebê. Ela não pode gerar o sentido, transformando as sensações em dados sensoriais. Eu destaco as falhas da função materna e paterna, ao invés de enfatizar os ataques fantasiados dirigidos ao objeto real. O corpo da mãe, na sua superficialidade sensorial, é a falsa segunda pele na qual o bebê se cola concretamente pela identificação adesiva.

No estado simbiótico de completude fusional, a atenção também é suspensa, como lembra Meltzer. Não se precisa buscar o objeto. O corpo materno é o objeto sensorial, autístico, que tampa a hemorragia existencial. Ele é percebido, não na complexidade da consensualidade, mas unissensorialmente, o que dificulta os vínculos entre as sensações e os objetos. O tempo e o espaço se enclausuram quase entre a pulsão e a satisfação sensual da necessidade.

No desfiladeiro aberto por Ogden, penso que, na simbiose patológica, a adesão superficial perpetua a união-conexão concreta, que não evolui até a relação mentalizada graças ao trabalho de descorporalização, de separação.

A partir de Tustin, conceitualizo o autismo como a emboscada deserta - o limite (como

a extensão de um território) -, onde pode aportar a *SP*.

Fedida permite precisar que THANATOS ocupa o terreno que EROS abandona.

NOVAS EXIGÊNCIAS PARA O ANALISTA: A *TECHNÉ*.

O desafio da clínica na Psicanálise contemporânea, é que, as vezes, caberá ao analista criar a mente ao invés de analisar os conteúdos.

Nestas patologias, a compulsão repetitiva não estaria, como no modelo freudiano, no viés econômico, buscando a descarga e sim **a carga**. **Por isto a proposta técnica com estes pacientes é editar na relação transferencial ao invés de reeditar** (Lutemberg, 2001). Isto é, inscrever, dar figurabilidade (Botella, 2000) àquilo que nunca teve como ser constituído no psiquismo. Ao invés da situação analítica configurar-se como um meio facilitador (Winnicott, 1965), que permita que aflore o que o paciente têm como potencialidade, como pré-concepção – no referencial de Bion –, trata-se, para o analista, de tornar-se um meio provedor (Bleichmar, 1997) para que o paciente possa vir a ser um ser integrado, desejante, pensante. Em defesa de uma certa neutralidade, é crucial distinguir a necessária neutralidade ideológica da afetiva.

Conforme a Segunda tópica freudiana, o *Id* transforma-se em *Eu* a partir da percepção; simultaneamente há uma identificação com o objeto (Freud, 1923). Por isso, a *edição transferencial estará criando o Eu e o Supereu*. A tarefa é **construção da mente como continente**. Um verdadeiro nascimento psíquico. O trabalho é restauração e criação de funções mentais.

É tarefa analítica representar psiquicamente conteúdos sem representação inconsciente (Freud, 1915). O “terror” é vivido, mas não tem registro, e portanto não pode ser recordado nem esquecido. Uma interpretação deve conter a parte de abertura que leva toda reiteração pelo fato de estar no vínculo transferencial, e que dá sentido ao repetir com o analista, que é um catalisador semântico. Não é a re-edição da história, mais uma *nova* edição criativa (Lutemberg, 2001), em que funções mentais acordam, para a gestação de sentidos numa *gramática especial*.

A questão da *techné* é dar voz às marcas mnemônicas soterradas, já que “todo o essencial se tem conservado.” (Freud, 1937, p.262). O objeto analítico é “incomparavelmente mais complicado que o objeto material do exumador (...) a sua estrutura íntima esconde, todavia, muitos segredos”. A construção é só um labor preliminar e, através dela, oferecemos ao analisando uma peça da pré-história. No caso apresentado, não há repressão nem

esquecimento, trata-se daquilo que **PRECISA SER CONSTRUÍDO**. Parafraseando o mestre, também no autismo, há um fragmento de *verdade histórica-vivencial (historisch)*.

À luz da revitalização na história da psicanálise, (Lisondo et al., 2004c), a técnica precisou ser revisitada a partir da exigência da práxis clínica. Ressaltamos lá, que diferentemente da psicanálise clássica nas novas patologias é fundamental caminhar:

- *“Do Inconsciente ao Id, região misteriosa do não reprimido da mente, constituído pela repressão primária, que está na fronteira com o soma, na segunda teoria freudiana do psiquismo, muito aquém do modelo da neurose, portanto, da repressão secundária;*
- *Da interpretação à construção. Não se trata de fazer Consciente o Inconsciente, nem de preencher as lacunas mnemônicas. A questão é construir os alicerces do aparelho mental, o continente, a trama. Editar em vez de reeditar, através de uma gramática especial, o que não poderia ser repetido. A tarefa é a construção da mente como continente, criando assim o Ego e Superego (Lutemberg, 2001), tendo o analista como um catalisador semântico;*
- *Da pulsão à pulsão com o objeto, entendido nas suas misteriosas funções, na poética do encontro humano inspirador, impulsionado pelos ares de Eros, criando o sentido da existência ao dar valor à vida, com amor pela verdade. Não é o objeto reduzido a satisfazer a pulsão, no percurso libidinal, na sua crua necessidade. O objeto é o outro humano, ser sexuado, intérprete do mundo.*
- *Da neutralidade à neutralidade ideológica, conferindo valor especial ao vínculo, com a presença afetiva viva e ativa da pessoa do analista apaixonado em um encontro específico e transcendental (Zygouris, 2003; Mogueillansky, 1999; Bianchedi, 1999).”*

Inspirados por Levy (2003), partindo da expansão conceitual de Bion, Baranger e Ferro sobre o conceito de campo analítico – que traz uma visão dual da situação analítica – acrescentamos que essa visão leva a uma ampliação considerável da geografia em que ocorrem os processos de simbolização, representação e figurabilidade, na medida em que passa a ser considerado o que se acontece no campo analítico, não mais só nas camadas intrapsíquicas, mas na intersubjetividade da experiência analítica.

Esta ampliação é fundamental para o tipo de pacientes de que estamos falando, uma vez que desta maneira entendemos que a experiência analítica pode ajudá-los no trabalho de

representação. Relembrando Marucco (1998), não estamos mais apenas na *via de levare* estamos também na *via de porre*: na primeira, trabalhando as resistências para que as imagens e representações inconscientes possam surgir; na segunda, pondo as nossas imagens e pictogramas afetivos (Barros, 2002) para dar um sentido ao vazio representacional. Segundo Botella (2001) utilizamos a associação livre do paciente e a atenção flutuante do analista para ter acesso à trama de representações; já, para chegar ao não-representável é necessário recorrer à construção do campo analítico para que surjam as transformações das marcas mnemônicas primitivas em imagens “quase-alucinatórias”. Assim, elas podem transformar-se em emoções compartilhadas e sentimentos.

O analista precisa ter alcançado na sua própria análise longa, para permitir a esperada mudança estrutural, e profunda para ir tão longe quanto possível, um conhecimento dos próprios Estados Mentais Primitivos (EMP). Sua mente analisada é o instrumento privilegiado para o exercício de sua função.

Também ele precisa poder discriminar a natureza dos fenômenos que a clínica lhe apresenta para poder entrar em contato com o paciente, no nível em que ele se encontra (cf. Alvarez; Fonseca; Korbivcher; Lisondo)

VINHETA CLINICA. Paciente de Regina Elisabeth Lordello Coimbra*

APRESENTAÇÃO

“No início de agosto de 2005, fui procurada pelos pais de um menino de apenas dois anos e onze meses. O filho mais velho tinha na ocasião quatro anos e oito meses.

Os pais de Pedro sentiam-se preocupados com o seu desenvolvimento emocional, e o ponto mais preocupante para eles, era a falta do desenvolvimento da linguagem.

Pela observação dos pais, desde um ano de idade, Pedro desenvolveu um barulho com a boca, que inicialmente era sugestivo de um “balbucio”, porém, este barulho passou a se repetir continuamente sem evoluir para uma comunicação efetiva. Este “balbucio” foi se caracterizando por um movimento rápido dos lábios e da língua, algo assim: “bru...brruu...brruuu”.

Além disso, Pedro era visto como uma criança agitada, que andava muito rápido e nas pontas dos pés. Raramente estabelecia o contato visual com as pessoas. Às vezes pronunciava palavras soltas, desconectadas da experiência.

A partir do início do ano de 2005, ele começou a freqüentar uma escola.

È tido como um menino agressivo, bate nas outras crianças que pegam seus brinquedos, ou mesmo quando uma criança se aproxima espontaneamente dele. Este comportamento agressivo com socos e pontapés, habitualmente acontece em sua casa, com o irmão. Porém, quando ouvi este relato por parte do pai, construí uma imagem, onde ele seria o estimulador desta experiência entre os filhos, a qual expressaria uma marca do universo masculino desta família. De modo que a mãe ficava sem um lugar, principalmente sem um lugar de significado afetivo.

Pedro foi um bebê desejado, e programado. Nasceu de parto cesariana, e bem.

Durante o processo da amamentação de Pedro, sua mãe observava que ele não sorria, e isto significava para ela algo assim: “tenho um bebê tão sério”. Este acontecimento despertava nela uma conclusão: “meu filho não gosta de mim.

Pedro mamou até os seis meses, ocasião que a mãe foi trabalhar, período integral e, desde então Pedro e o irmão ficaram aos cuidados de uma babá.

Até o momento, em que os pais me procuraram não havia, por parte de Pedro, qualquer indício que ele identificasse seus excrementos.

Seu apego às situações repetitivas e de controle, estavam presentes, como determinadas músicas tinham que ser repetidas exaustivamente, e determinados brinquedos não podiam ser tirados de sua mão, por exemplo, por provocarem nele comportamentos disruptivos.

Com um mês de permanência na escola, Pedro desenvolveu um processo infeccioso, o qual se estendeu por 45 dias, havendo até um período de internação em UTI, durante este período foram feitos inúmeros exames. Havia a suspeita de meningite, porém esta hipótese foi descartada e o diagnóstico final foi de uma virose, com a constatação de um déficit em seu sistema imunitário.

Nesta ocasião, houve a suspeita de déficit auditivo, foram realizados exames específicos, os quais revelaram não haver surdez.

A partir da metade do primeiro semestre de 2005, seus pais iniciam uma maratona em vários profissionais; neurologistas, pediatras, psiquiatras e fonoaudiólogos.

Havia um diagnóstico em comum: “Autismo Leve”. A proposta de tratamento era: uso de medicamentos junto com terapia cognitiva.

Estes profissionais foram unânimes em dizer que contra indicavam psicanálise. Isto porque havia neste cenário uma madrinha de Pedro, que sugeria uma avaliação com um psicanalista e foi por esta via que ele chegou até mim.

A partir do momento que estou em contato com os pais desta criança, sou invadida por uma avalanche de questionamentos e informações diagnósticas sobre o que seria “Autismo leve”.

Os referenciais médicos apresentados, não eram desconhecidas para mim: “Erros Inatos do Metabolismo”, “Síndrome de Asperger”, e “Síndrome do Cromossomo X- Frágil”.

No conhecimento situado no campo da interdisciplinaridade, a psicanálise estava excluída.

Embora os resultados dos exames médicos não confirmaram as patologias investigadas.

Penso que pela primeira vez eles ouviram a linguagem da subjetividade”.

1ª -ENTREVISTA CONJUNTA: Pedro, os pais e eu.

“Pedro entrou correndo pela sala, andou dando pulos e nas pontas dos pés, seus movimentos eram de vai e vem, na direção do maior diâmetro da minha sala,

Chegou perto da caixa de brinquedos, esvaziou seu interior, como se expulsasse os brinquedos de dentro dela, quebrou o giz de cera, fez muitos rabiscos nas folhas de papel, rasgando-as logo depois. Depois parece ter descoberto que se pisasse sobre o giz de cera ele se esfarelava, ficou repetindo este pisotear. Até então não olhara para nenhum de nós.

A mãe o chamou num determinado momento, procurando algum contato, ele se aproximou dela, como quem atendia seu pedido, porém a atenção da mãe voltou-se para o giz de cera esfarelado, e ela passou a limpar as sujeiras pelo chão da minha sala.

Até então o pai falava sem parar todas as suas teorias sobre: Autismo, causas e efeitos dele, e a importância do uso de medicação para Pedro ficar mais ligado. Ou então foi relatando as músicas que o filho gosta, as comidas etc. Mas ele não fez contato com o Pedro, nem com a dupla Pedro-mãe durante todo este tempo”.

1ª OBSERVAÇÃO LÚDICA – Pedro e eu

“Pegou uns pedaços de papel que estavam na caixa de brinquedos, sentou-se em uma cadeira, foi fazendo aqueles movimentos com a boca, com muita força. E com cara de quem me dizia: “me respeite”, unia as suas sobrancelhas, e rabiscava com um lápis, cada um dos pedacinhos de papel. Ele não olhava para mim, inicialmente, mas eu permanecia em sua frente, até que ele passou a dirigir o olhar para mim exatamente nos momentos em que ele fazia os rabiscos. No final percebi que havia um ritmo e uma musicalidade entre: os rabiscos, os barulhos da boca e o olhar para mim, e então eu fui colocando os papeizinhos enfileirados, como se eu fosse decifrar um enigma. Eu disse que estes eram os pedacinhos dele, e ele me pedia para juntá-los e dar um sentido para tudo aquilo.

EVOLUÇÃO DO MEU TRABALHO COM PEDRO – MATERIAL CLÍNICO

O início da análise foi em setembro de 2005, desde as primeiras sessões, Pedro foi trazido pelo pai, e como não tinha com quem deixar o filho mais velho, este vinha junto. O pai e o

irmão faziam muita confusão na sala de espera do meu consultório.

Eu fui fazendo entrevistas com os pais, a cada quinze dias, e saía delas totalmente exaurida.

Para o pai havia uma dúvida insuportável sobre a necessidade de medicação.

No decorrer da análise de Pedro, esta questão esteve muito presente, e acabei por sugerir que os pais escolhessem um profissional para conversar sobre esta questão.

Curiosamente eles decidiram não levar Pedro para esta avaliação.

Porém no final de cada entrevista, ouvia do pai, “estou confiando em você!”. Esta frase soava como um peso para mim, sentia a importância de: não me caracterizar como “guru”.

Sessão do fim do mês de janeiro

Chega chorando muito alto, e com um choro de dor, o horário da sessão era 7h30 da manhã.

Eu disse “o nosso encontro tirou você do colo da mamãe e do sono gostoso, e você esta triste e chora por isso”.

Ele começou a fazer um barulhinho com a boca, já olhando para mim dizia: “ZZZZZZZZZZZZZZ e be e be., eu não havia entendido, até que eu achei que se tratava do barulho de um abelha. Inicialmente achei que Be BE seria bebê e Beth.

Eu disse: “fui para você como uma abelha ZZZ, que apareci na sua frente para acordar você. E para você ficar aqui na nossa sala, comigo, você também ficou longe da mamãe, eu fui como uma abelha malvada”.

Depois de um tempo ele se levantou, olhou dentro de sua caixa e pegou um folheto de uma pizzaria que ele havia trazido, já nas primeiras sessões, olhou detalhadamente localizou com o dedo: as moças, as pizzas, as sobremesas, as quais e eu fui nomeando para ele, nos doces ele disse “ete, ete”. Eu disse: “que agora ele podia olhar para mim porque eu era a Beth que daria uma comidinha boa para ele”.

Depois ele remexeu em tudo dentro da caixa, pegou um grupo de papeizinhos, que estavam unidos por um clips, eram desenhos antigos que eu havia feito na tentativa de me comunicar com ele. Ele foi olhando e separando cada um deles, e os colocou de lado vagarosamente, parecia que expressava algo assim: “isto já aconteceu, isto é passado”. Então, pegou o saquinho de bonecos, tirou primeiro o homem adulto e o chamou de “papai”, a mulher foi chamada de “mamãe”, e as crianças foram jogadas de lado.

OBSERVAÇÃO: Desde março de 2006, há dois pontos significativos no desenvolvimento de Pedro. Ele tem o controle dos esfíncteres, nomeando o quer fazer quando pede para ir ao banheiro, e me chama pelo nome, quando chega para a sessão e quando ela termina.

Comentários sobre o Material Clínico de Regina Elisabeth Lordello Coimbra⁵

SOBRE A AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA:

Penso que Victor apresenta TGD (Transtornos Globais do Desenvolvimento) categoria F84 na CID 10. Isto é, o fracasso na construção de uma noção de si próprio e do objeto humano. Alteração qualitativa das interações sociais recíprocas e as modalidades de comunicação. Repertório restrito, estereotipado e repetitivo de interesses e atividades.

Pedro parece que percebe o objeto, só que com ele se relaciona de forma sensual, sem poder criar a experiência emocional.

O autismo psicogênico estaria contemplado neste grupo. Do ponto de vista *dinâmico* para Meltzer (1975) Pedro apresenta um “*desmantelamento*” do eu-sensação incipiente (como aparece na sessão quando esfarela o giz), sem poder conjugar a con-sensualidade para construir o objeto.

Nele talvez as músicas fossem a pele sonora sensorial repetida para garantir a fusão e indiferenciação. Ele não apresentaria A.S.R (Autismo, Secundário, Regressivo) porque pareceria que Pedro não teria interrompido o desenvolvimento emocional - mesmo que precário -, por um acontecimento súbito e traumático. Esse desenvolvimento - diferenciação Eu do Não Eu - não foi alcançado pelo comprometimento na construção da intersubjetividade secundária (Fonseca, 2005).

Também justifico que Pedro não apresentaria uma psicose. Nesta haveria, segundo o referencial de Klein, Bion, Tustin, Sor, Fonseca, Haudenschild, Korbivcher, etc. a presença de IPP (Identificações Projetivas Patológicas), elementos bizarros, evacuação de elementos Beta e fantasias.

AS ENTREVISTAS COM OS PAIS:

- A mãe revela para analista que o não-sorriso de V. significava para ela: “*tenho um bebê muito sério*” e a seguir a conclusão “*meu filho não gosta de mim*”.

Além do depreciação e desqualificação desta mulher como esposa e mãe, não há um dogmatismo na interpretação do filho que obstaculiza as possibilidades de evolução da conjunção constante?

- Spitz (1946) pesquisou que a partir dos dois meses de idade, o bebê, é capaz de

⁵ Admiro à colega pela paixão para conquistar o espaço analítico.

reconhecer numa máscara os caracteres fisionômicos do rosto humano: uma Gestalt básica privilegiada, um sinal.

Por que Pedro não reconhecia esta Gestalt na mãe? Ela se apresentaria para ele numa suficientemente boa relação face a face para criar a estrutura interacional de Beebe (1997), modelo de espaço dialógico? Não seria este o precursor do espaço potencial? Não seria a estrutura interacional a precursora dos Vínculos humanos e do amadurecimento das funções neurológicas ?

- Será que seu peculiar andar dando pulinhos e nas pontas dos pés não evidenciaria a falta de sustentação básica, pela privação da constituição do fundo da identificação primária (Grotstein, 1999)?

Da privação da função materna? Da carência total (ausência de ser cuidado)?

- A nova abrupta separação pelo ingresso precoce na escola provoca a virose pelo déficit no sistema imune.

Será que ele não desmorona quando as manobras defensivas não lhe permitem dar conta do novo trauma, na seqüência de traumas cumulativos? A entrada na escola significaria ser arrancado do conhecido ambiente sensorial? É uma sobre-exigência precoce ? Há uma sobre-excitação pelos novos estímulos que não podem ser metabolizados ?

O soma parece ser o cenário onde explodem os terrores sem nome, as angústias catastróficas sem continência e sem transformação para que possam vir a ser digeridas.

No percurso com Bethy será que ao invés de saturar a pré- concepção (seio-ajuda) os pais podem sair da predeterminação (tem que ser orgânico) para questionar: “que é autismo leve?” e podem se abrir minimamente a indagar: que acontece com Pedro, na nossa família?

Ou seja, não seria uma das conquistas do trabalho Psc. com os pais, transformar as predeterminações em pré-concepções abertas? Que fazemos nas entrevistas psicanalíticas com os pais? (Lisondo, 2004b)

Para tanto pareceria que eles auscultam e encontram uma analista capaz de conter e transformar a dor, o sofrimento, a culpa, a fúria narcísica, as forças reparatórias maníacas (a medicação, a analista Guru) ante os mistérios de um filho doente e estranho.

Será que a analista não vivia além do desprezo ante a sua ciência o desprezo e ataque ao mundo feminino?

- Os pais, parecem no início do processo estarem predeterminados a sacramentar o diagnóstico neurológico. As causas biológicas explicariam todos os transtornos do filho. Eles, num splitting forçado, (Bion, 1962), ficam na materialidade repetida do nome autismo, esvaziado de outros possíveis sentidos.

A medicação tem funções e sentidos psíquicos quando é escutada analiticamente na trama das entrevistas. Ela está investida com poderes mágicos, e é arma legitimada pelo poder médico, das fantasias onipotentes do pai, exacerbadas ante o desespero. A mãe desvalorizada é cúmplice da armadilha no jogo submetimento/autoritarismo, das IP cruzadas. O árduo e demorado trabalho mental que a psicanálise exige apresenta para a família um paradoxo: é um caminho perigoso e ao mesmo tempo procurado e percorrido.

A questão da *medicação* faz parte do trabalho analítico com a analista porque através dela emerge também o mundo inconsciente dos pais.

Ela condensa as resistências, a dor, a pretendida solução, a desconfiança, ante o tumulto e as perturbações necessárias para que uma mudança possa vir a ser catastrófica na vida de Pedro.

Será que o alívio da angústia dos pais não é uma paradoxal consequência da percepção mais verdadeira da realidade mental de Pedro?

Por que eles deixaram de procurar outros médicos, conforme a sugestão de Betty?

PRIMEIRA ENTREVISTA COM O PACIENTE E OS PAIS:

- Pedro vai e vem na direção do maior diâmetro do consultório

A compulsão repetitiva faz referência ao conceito de trauma. Para Freud (1920) implica que a couraça anti-estímulo foi atravessada. Dosar a estimulação é uma das funções da *reverie* benigna. Parece que Pedro manifesta um estado de agitação e excitabilidade.

Qual seria o trauma original, primário nele? Que é aquilo que na verdade transferencial, se reitera?

Ante o déficit nos vínculos humanos, o paciente não consegue introjetar o objeto. A repetição é a tentativa de realizar no espaço analítico este processo.

Na hora de observação a mãe tenta uma aproximação fugaz que não pode sustentar. Pedro responde a esse chamado, indicador de bom prognóstico. **Aqui encontramos um fato clínico que pode sustentar um fator etiológico.** A mãe evita o contato com o filho e cuida da sujeira no chão, o pai por sua vez, repete os solilóquios numa música própria. A ferida, no incipiente tecido psíquico, é provocada pela falta reiterada de significação. O buraco é aprofundado a cada desencontro.

O paciente, vai e volta num andar linear, o lápis vai e volta nos rabiscos que rompe, o giz é esfarelado e pisado, a caixa é esvaziada, a “torre” é desmoronada.

A resposta afetiva do paciente não significada é um despojo ao invés de alimento mental. Não é possível conjugar o protomental, a pré-concepção, com a experiência emocional. A

impressão sensorial não pode se transformar em **dado sensorial** para ser capitalizada como **dado psicológico**.

Será que Pedro não esfacela, em descargas motoras signos, significantes (movimento corporal, giz, papel, torre) sem significado, para revelar o desmoronamento do self?

- Faz rabiscos que rasga.

O traço espontâneo na folha do papel seria uma oportunidade para desenhar uma imagem (Levín, 2005) - o pictograma -, numa tentativa de dar forma as impressões sensoriais. Só que ao rasgar o papel, nada resta. O movimento motor, em si mesmo, impera no automatismo da repetição. Rasgar a folha ou esfarelar o giz é a questão!. Ele está longe da possibilidade de articular o grafismo como um nome no percurso para construir o ideograma, o conceito do objeto.

A analista, por sua vez, guarda os desenhos-interpretação, que permanecem na caixa e podem ser evocados na última sessão. Ou seja, ela constrói o objeto, e assegura a permanência numa história compartilhada e narrada.

Pedro busca na história transferencial os desenhos da analista: os ideogramas.

Será que quando predomina o princípio de realidade, o desenho como ideograma da experiência compartilhada pode ser armazenada e, então, pode vir a ser evocada? E na vigência do princípio de prazer/dor, o ideograma tem valor como objeto a ser descartado, rasgado para se proteger das angústias impensáveis?

-A analista é um modelo de funções mentais (Bleichmar, 1997), também um objeto inspirador ao dizer de Laplanche (1999).

DO IDEOGRAMA À IDÉIA

Para Tustin (1976, p.93) o animismo e o autismo patológico são duas formas opostas da mente primitiva operar. No primeiro os personagens ganham vida humana às vezes animados pela vida da fantasia; no autismo a questão é desvitalizar os objetos, “*coisas feitas do próprio corpo*”.

O ideograma é um forma de escrita onde a palavra é representada por idéias através de figuras ou símbolos. O pictograma, por sua vez, representa figuras concretas.

O ZZZZ, *Be-Be* é escutado pela analista com sonho α como: Bebê, Beth ABELHA.

Será que uma das funções do analista, com pacientes severamente perturbados, não é ideogramar as impressões sensoriais, para construir a imagem concreta que possa dar forma, nome e idéia, à experiência emocional?

Na sessão o *pictograma* evolui para o *ideograma*. Eles *personificam* através da figura do monstro e da abelha que Beth desenha e interpreta, a experiência emocional de pânico ante as angústias catastróficas e os terrores que, ao serem nomeados, encontram forma na criação do personagem. Eles deixam de ser *inimagináveis e sem nome*.

Pedro na repetição ativa do trauma pode encontrar sentidos, graças à relação analítica. O sem sentido só amplia a dimensão do buraco negro. Dentro do consultório encontra a possibilidade de uma queda dosada, onde pode aderir à superfície do chão - que ele olha -, ao invés de se perder no espaço sideral.

Indago se Pedro não vivencia cada separação como ruptura catastrófica da relação incipiente com Beth. Nesta apareceria então, no monstro agora nomeado, o pavor do colapso, a existência do abismo, buraco - a janela através da qual o monstro é lançado - no qual ele pode cair sem a sustentação básica quando separado abruptamente desse seio analítico que alimenta.

Beth com capacidade de *reverie* ao serviço da transferência, transforma o estímulo sensorial, em dado sensorial; quando a analista o nomeia afetivamente o transforma em dado emocional (Bion, 1992); que alcança o estatuto de sentimento, quando a emoção é significada.

Se é possível construir um continente mental com esfíncteres, ele pode controlar os mesmos. A enurese pode ser compreendida em pacientes com TGD, como Pedro, como conseqüência da falta de espaço mental: o continente.

Ou seja, aprendemos que importa avaliar na sua complexidade, e no nível correspondente, os transtornos singulares de cada paciente.

SOBRE A FUNÇÃO DO ANALISTA:

1) O analista pode sustentar a esperança realística com fé na sua identidade profissional, numa postura amadurecida que condensa arte e *tecné* para conquistar um vínculo inédito com os pais e com o paciente.

2) Ante a dor ao perceber a deterioração da mente em formação, o caos sensorial na sala de análise, o bombardeio, o analista tem como recurso a possibilidade sempre escorregadia de trabalhar na tempestade emocional com capacidade negativa (Korbivcher, 2003). A construção do *setting* possível; no campo no qual os pais estão incluídos na cena, e o objeto analítico é sempre uma difícil conquista.

3) Capacidade de ser continente dos estados emocionais primitivos do objeto analítico, e sutileza para perceber as pequenas mudanças.

4) Ser capaz de construir a metáfora. Há uma rede construída no vínculo transferencial com o esplendor de ser um vínculo inédito que liga, constrói a conjunção constante, costura e cria sentidos compartilhados, sendo a linha o vínculo emocional. Há uma narrativa implícita construída com os derivativos da função α : “a abelha”. **O alimento de Betty permite renascer.**

5) Fé profunda nas regras de transformação do método científico para adquirir conhecimento.

SOBRE O LUGAR DOS PAIS:

No percurso de Freud a M. Klein, Winnicott, Bion e certos autores franceses os pais tem ocupado diferentes lugares na teoria, na mente do analista e conseqüentemente, na sala de análise. Aprofundar as questões teóricas que sustentam a clínica é o desafio.

Se o objeto real é concebido como estruturante para o desenvolvimento mental, faz sentido que os pais possam ter um influxo analítico para serem contidos, compreendidos, conscientizados, e encorajados para promover o desenvolvimento mental de Pedro.

Não se nasce ser humano nem sujeito, nem pessoa. A criação do aparelho mental, a subjetividade, exige a repressão primária. O desenvolvimento emocional exige a criação da membrana de contato com elementos α .

O outro é conclamado nas múltiplas funções (Lisondo, 2004c).

A parte psicanalítica da personalidade dos pais pode ser conquistada para que eles sejam também os melhores aliados no compromisso comum: o desenvolvimento de Pedro (Ferro, 2005).

Beth conquistou a confiança dos pais com esperança e fé realística no método, sem cair na tentação de acreditar ser “guru”, *mas permitindo a necessária e temporária idealização dos pais que tem direito a querer encontrar um Deus para esse sofrimento* (Alvarez, 1992).

PALAVRAS A DIZER:

A escrita deste trabalho tem a intenção de alertar sobre a importância da prevenção precoce e do tratamento das perturbações emocionais na infância. Quando não há nascimento

psíquico, o piso sensorial da experiência primitiva não evolui até a mentalização. Há uma urgência evolutiva estrutural para evitar que a morte psíquica ocupe o espaço da vida psíquica. A doença mental, metaforicamente como um câncer, avança sobre o ser em formação, invadindo todas as funções mentais. A doença arrasa, se instaura e aprisiona o *SER em formação*.

Num século de existência da psicanálise, os autores de todas as latitudes concordam com a importância da relação afetiva, psíquica, mental, **mãe-pai-criança**, conceitualizada desde diferentes vértices. Nesta experiência fundadora, original, estrutura-se o **ser humano**.

O trabalho psicanalítico com pais para desenvolver a função materna e paterna, o diagnóstico psicanalítico precoce e a psicanálise de *infans* e crianças pequenas permite abrir hoje, num enfoque multidisciplinar, com capacidade inter-crítica, um futuro esperançoso. Este é o compromisso ético da ciência para iluminar, às vezes, um obscurantismo criminoso de uma causalidade simplificada (Fédida, 1990).

A descrição fenomenológica e, às vezes, o diagnóstico psicológico, pedagógico, psiquiátrico ou neurológico, podem levantar a hipótese de deficiência mental como alteração genética, com toda a força mítica e ideológica para abortar a visão científica e, com ela, o vértice psicanalítico. Estados autísticos e/ou simbióticos podem estar na gênese e mascarados na deficiência mental e/ou na doença do soma. Com Geissmann (1991), concordo em afirmar que o “déficit intelectual”, o peculiar modo de funcionamento da inteligência, pode ser também uma consequência das particularidades relacionais mãe-bebê, desfavoráveis nas primeiras semanas, meses ou anos de vida. O potencial intelectual pode ser suficiente - salvo em patologias genéticas, tóxicas e/ou metabólicas - enquanto há uma recusa a desenvolver o “aparelho para pensar”.

Referências:

- ALVAREZ, A. (1992) *Companhia Viva*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- ARAGONÉS, R. J. (1999) *El Narcisismo como Matriz de la Teoría Psicoanalítica*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1999.
- AULAGNIER, P. (1979) *A violência da interpretação: do pictograma ao enunciado*. Rio de Janeiro: Imago, 1979.
- ATHANASSIOU, C. (1982) “A constituição e a evolução das primeiras identificações”. *Rev. Fr. Psychanal.*, 46(6): 1187-1209, 1982. Trad.: Marilda Pedreira e Nilde J. P. Franch.
- BARROS, E. M. R. (2002) An essay on dreaming psychical working out and working through. *The International Journal of Psychoanalysis*, 83: 1083.
- BEEBE, B., LACHMANN, F. M., & JAFFE, J. (1997) “Mother-infant interaction structures and presymbolic self and object representations”. *Psychoanalytical Dialogues*, 7, pp.133-182.
- BIANCHEDI, E. T. et al. (1999) *Bion, Conocido/Desconocido*. B. Aires: Lugar Editorial.
- BICK, E. (1968) “The experience of the skin in Early Object Relations”, in *Int. J Psychoanal.*, nº 49, pp.484-6.
- BION, W.R. (1957) *Second Thoughts*. Londres: Tavistock Publications, Karnac Books, 1984.
- _____. (1961) *Experience in Groups and Other Papers*. London: Tavistock Publications.
- _____. (1962) *Learning from Experience*. London: W. Heinemann.
- _____. (1967) *Volviendo a pensar*. Ediciones Horme, Buenos Aires.
- _____. (1976). La evidencia. In *Seminários Clínicos y Cuatro Textos*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1992. pp. 237-244.
- _____. (1970) *Attention and Interpretation*. London: Karnac Books.
- _____. (1979) *Memoir of the Future: The Dawn of Oblivion*. Perthshire: Clunie Press.
- _____. (1992) *Cogitations*. London: Karnac Books, 1992.
- BLEGER, J. (1967) *Simbiosis y Ambigüedad*. Buenos Aires: Paidós, 1975.
- BLEICHMAR, H. (1997) *Avances en psicoterapia psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós, 1999.
- BOTELLA, C. e BOTELLA, S. (2000) *O inacabamento de Toda a Análise o processual: Introdução à Noção de Irreversibilidade Psíquica*. In: *Psicanálise – Revista da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre*, vol. 2, nº 1, 2000.

_____. (2001) *La figurabilité psychique*. Paris: Delauchux et Niestlé.

FAIMBERG, H. et alli (1996) *Transmisión de la Vida Psíquica entre Generaciones*. Buenos Aires: Amorrortu, 1996.

FÉDIDA, P. (1991) *Nome, Figura e Memória: A Linguagem na Situação Psicanalítica*. São Paulo: Escuta, 1992.

FERRO, A. (2005) *Fatores de Doenças, Fatores de Cura – gênese do sofrimento e da cura psicanalítica*. Rio de Janeiro: Imago.

FONSECA, V. R. J. R. (2005) *As relações interpretativas nos transtornos autísticos: uma abordagem interdisciplinar da psicanálise e da etologia*. Tese de doutorado, São Paulo: USP.

FREUD, S. (1915) *Lo Inconsciente*. Obras completas, vol. XVIII. Buenos Aires: Amorrortu. 1976.

_____. (1920). Más allá del principio de placer. Op. cit., 1979, v. XVIII, pp.9-11.

_____. (1923). El yo y el ello. Las dos clases de pulsiones. Op. cit., 1984, v. XIX, cap. IV, pp.41-48.

_____. (1926) *Inhibición, sintoma y angustia*. In Obras completas, vol. XX, Buenos Aires, Amorrortu.

_____. (1930) El malestar en la cultura. Op. cit., 1979, v. XXI, pp. 57-140.

_____. (1937) Análisis terminable e interminable. Op. cit., 1980, v. XXIII, pp. 211-254.

_____. (1938) Esquema del psicoanálisis. El aparato psíquico. Op. cit., 1980, v. XXIII, cap. I, pp.143-145.

GEISSMANN, C. (1991) *A Criança e sua Psicose*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1993.

GREEN, A. (1990) *Conferências Brasileiras de André Green - Metapsicologia dos limites*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____. (1993) *El trabajo de lo negativo*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

_____. (2005) *Ideas directrices para un psicoanálisis contemporáneo: desconocimiento y reconocimiento del inconsciente*. Buenos Aires: Amorrortu.

GROTSTEIN, J. S. (1999) *O Buraco Negro*. Lisboa: Climepsi editores, 1999.

_____. (2004) *Comunicação Pessoal*. São Paulo.

HAUDENSCHILD, T. (1997) “Retaking the first steps towards symbolization: a 6-year-old emerges from adhesive identification” in *Int. J. Psychoanal*, v.78, n.4, 1997, pp.733-53.

HOUZEL, D. (1991) “Identification Introjective, Reparation, Formation of Simbole” in *J. Psychanalyse l’enfant*, n°. 10, 1991, pp. 46-66.

KLEIN, M. (1930) *Die Bedeutung der Symbolbildung für die Ichentwicklung*. I.Z.P., 1930. [trad. Port. “A importância da Formação de Símbolos no Desenvolvimento do Ego”. In *Amor, Culpa e Reparação*. Rio de Janeiro: Imago, 1990]

KORBIVCHER, C. F. (2001) A teoria das transformações e os estados autísticos. *Tranformações autísticas: uma proposta*. *Rev. Bras. Psicanál.*, 35 (4), pp. 935-58.

_____. (2006) “A mente do analista e as transformações autísticas”. In *Rev. Brás. de Psicanál.*, v. 39, n.4, pp.113-130, 2006.

LAPLANCHE, J. (2001) *Entre seducción e inspiración: el hombre*. Buenos Aires: Amorrortu.

LEVY, R. (2003) A visão topográfica no processo psicanalítico: o irrepresentável. *Rev. Bras. Psicanál.*, 37 (4): 1067-1077.

LEVÍN, R. E. (2005) *La escena inmóvil: teoría y clínica psiconalítica del dibujo*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

LISONDO, A. B. D. (2003) Na cultura do vazio, patologias do vazio. *Interpelaciones entre la Clínica y la Teoría. Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*. Buenos Aires: APdeBA, 87-119.

_____. (2004a) A Subjetividade é construída na Intersubjetividade. *Psicanálise Rev. Bras. de Psicanál. de Porto Alegre*, vol. 6, n.2, Pp. 255-81, 2004.

_____. (2004b) *O processo de avaliação em infans e crianças: os pais na cena*. São Paulo, 2004, no prelo.

LISONDO, A. B. D. et alli (2004c) Orfandade Mental. In: Hermann, F. & Lowenkrow, T. (Orgs.) *Pesquisando com o Método Psicanalítico*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p.323-348.

LISONDO, A.B.D. (coord.) et alli (2004d) *O Protomental não realizado com Fundamento dos Transtornos do Pensamento, Simbolização e Aprendizagem*. Trabalho apresentado em Bion 2004. São Paulo.

MAHLER, M. (1955) Sobre a psicose infantil simbiótica: aspecto genético, dinâmico e de restituição. In *As Psicoses Infantis e Outros Estudos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983, cap. 1, pp. 7-22.

MCDOUGALL, J. (1986) *Theatres of the Mind*. London: Free Association Books, 1986.

_____. (1989) *Theatres of the Body*. London: Free Association Books, 1989.

LUTEMBERG, J. M. (1999) “*La ilusión vaciada: Reflexiones acerca de las experiencias reales y virtuales*” Buenos Aires. Colección Infinito, Grupo Editorial Lassús. 1999.

_____. (2001) Revisión del paradigma freudiano de la sexualidad: El vacío mental y la adición. *Public. Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados*, vol 27 “Fundamentos del psicoanálisis: desarrollos teóricos, clínicos y técnicos”.

MARTY, P. (1995) *El orden psicossomático: los movimientos individuales de vida y muerte. Desorganizaciones y regresiones*. Valencia: Promolibro.

- MARUCCO, N.C. (1998) *Cura analítica y transferencia. De la represión a la desmentida*. Buenos Aires: Amorrortu, 1999.
- MELTZER, D. (1975) *Explorations in Autism*. Perthshire: Clunie Press.
- MITRANI, J. L. (2001) *Ordinary people and extraordinary protections*. London: Ed. Routledge and Keagan Paul.
- MITRANI, T. and MITRANI, J. L. [editors] (1997) *Encounters with autistics states: a memorial tribute to Francês Tustin*. London: Jason Aronson.
- MOGUILLANKY, R. y SEIGUER, G. (1994) *Reconsideraciones sobre la genitalidad*. Psicoanálisis, XVI, n. 2.
- OGDEN, T. H. (1989) “La posición autista-contigua”. *La Frontera Primaria de la Experiencia Humana*. Madrid: Julian Yebenes, 1992, pp. 45-72.
- QUINODOZ, D. (1996) *Na adopted analysand's transference of a 'hole-object'*. J. Psycho-Analysis. 77: 323.
- ROCHA, P. S. (org.) et alli (1997) *Autismos*. São Paulo: Escuta, 1997.
- ROSENFELD, D. (1986) Identification and its vicissitudes in relation to the nazi phenomenon. *Int. J. Psychoanal.*, 67:53-64.
- SOR, D. & GAZZANO, M. R. S. (1993) *Fanatismo*. Chile: Ananké, 1993.
- SPITZ, R. A. (1946). Anaclitic depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 2, 313-342.
- TUSTIN, F. (1981) *Estados Autísticos em Crianças*. Rio de Janeiro: Imago, 1984.
- _____. (1986) *Barreiras Autísticas em Pacientes Neuróticos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- _____. (1990) *The Protective Shell in Children and Adults*. London: Karnac Books.
- _____. (1991) Revised understandings of psychogenic autism. *Int. Psycho-Anal.*, vol.72, 1991.
- WINNICOTT, D. W. (1965) *The maturational processes and the facilitating environment*, Londres, Hogarth Press (1987).
- _____. (1982) “El temor al derrumbe”. *Revista del Psicoanálisis*. APA, nº 2.
- _____. (1978) *Realidad y Juego*. Espanha: Gedisa, 1979.
- ZYGOURIS, R. F. (2003) *O Vínculo Inédito*. São Paulo: Escuta, 2002.

Alicia Beatriz Dorado de Lisondo
Rua: José Morano, 313 – Campinas – SP – CEP 13100-055
Fone: 19-3251-5059 e-mail: alicia.lisondo@uol.com.br