

Os Desafios da Psicanálise ante as Novas Patologias: vazio mental e estados autísticos

*Alicia Beatriz Dorado de Lisondo**

Resumo

Neste trabalho, a autora, baseada em muitas teorias, enfoca o predomínio dos EMP (Estados Mentais Primitivos) como um denominador comum que aparece em uma série de patologias chamadas de patologias do vazio, estados autísticos e simbiose patológica. Enfoca também um tratamento diferencial do habitual tratamento psicanalítico, no qual o trabalho do analista é dar um sentido representacional ao vazio mental desses pacientes.

Palavras-chave

Vazio mental. Estados autísticos. Patologias do vazio.

* Membro Efetivo da SBPSP. Analista de Crianças e Adolescentes.

“Esse seu olhar, quando encontro ao 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 pilastras de sustentação da nossa ciência; nela a clínica é soberana.

O ser humano padece desde sempre de 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.

Enquanto a infância é sacrificada com separações precoces e 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 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 desenvolver humanamente, numa relação para tolerar a alteridade, na contramão da tendência, essas patologias de trocar o humano e sua imprevisibilidade pelo inanimado completamente previsível – drogas, objetos autísticos, grifes, etc. – são um crime. Sem 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, inclino-me a ir além de uma leitura determinista das séries complementares 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 às 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 séries complementares COMO CAUSA QUE TUDO 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 a 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, por outro lado, só o ambiente, na etiologia das novas patologias.

Nas novas patologias, nos defrontamos, às vezes, com fenômenos anteriores à célebre Posição Esquizoparanóide – nesta já há um objeto, um sujeito e um ego incipiente.

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

Estados Mentais Primitivos

Nessas novas patologias, há um comum denominador, qual seja, o predomínio dos Estados Mentais Primitivos (EMP).¹

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

Esses EMP, que têm 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 ser construídos. Esses estados, não necessariamente patológicos (BIANCHEDI et al., 1999), são também a fonte da criatividade; aparecem em sonhos, permitem a capacidade de contemplação ante obras de arte – deslocamentos metafóricos do pri-

¹ Entendo por novas patologias o vazio mental, os estados autísticos, simbiose patológica, as doenças do psico-soma, bulimia e anorexia, etc., sendo que, neste trabalho, abordarei só as três primeiras.

meiro objeto a despertar o conflito estético: o seio materno (MELTZER, 1975).

Resumidamente, esses EMP caracterizam-se:

• **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, essas marcas sensoriais precisariam formar as Representações de Coisa e se coagular com as Representações de Palavra (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 (BICK, 1968; MELTZER, 1975).

– *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 essa 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, nessa 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, 1986).

- **do ponto de vista dinâmico:**

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

O *splitting*, de Bion, ou *Zerspaltung*, de Bleuler – específico da posição *glischro-cárica* –, é diferente do *Spaltung* – dissociação de Bleuler, que se pode equiparar ao *splitting* normal de Rosenfeld: mecanismos da posição esquizoparanóide.

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 dessas cisões peculiares. Os eventos desmantelados de sentido são unidos em adesões e conglomerados. Para Sor e Gazzano (1993), essas 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 dissecação, languidecimento e mumificação progressiva, até ficarem reduzidas a cascas vazias” (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 com a dor psíquica **extrema** (MITRANI, 2001).

• **do ponto de vista *genético*:**

Essas 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. Essa cultura favorece a morte psíquica:

- pelo predomínio da sensorialidade;
- pela vigência da consciência rudimentar;
- porque neles pode prevalecer a experiência de ausência de vida afetiva, o “vazio afetivo” (cf. LUTEMBERG; LISONDO);
- porque os objetos são auto-sensuais e pré-simbólicos – para Tustin (1981, 1986) “objetos e formas autísticas” desencadeadas pelo contato, e não pelo mundo fantasmático e emocional, como ocorre na psicose e na neurose;
- porque operam na unidimensionalidade e na bidimensionalidade, com um tempo circular e um espaço bidimensional (BICK, 1968; MELTZER, 1975);
- porque as identificações são adesivas, em vez da clássica identificação projetiva estudada por Klein (1946) e ampliada por Bion (1962), que exige a tridimensionalidade, ou seja, um espaço mental;
- porque, quando os EMP são hegemônicos, é possível observar extrema vulnerabilidade pelo “nascimento psíquico prematuro” (TUSTIN, 1981, 1982);
- porque falta um fundo de identificação primária (GROTSTEIN, 1999);
- porque reina um mundo concreto de coisas em si mesmas pela impossibilidade de simbolizar. As impressões sensoriais nem sempre são transformadas em elementos sensoriais para alcançar o estatuto de dados sensoriais. São os afetos que permitem as experiências emocionais, que, quando nomeadas, se transformam em sentimentos;

– porque nos EMP dominam os elementos beta, ou seja, elementos sensoriais que não foram transformados pela função alfa pelas falhas na *rêverie*. 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);

– porque no autismo os elementos beta não transformáveis (SOR; GAZZANO, 1993), responsáveis pelo fanatismo, têm primazia;

– porque quando esses estados prevalecem, o protomental (BION, 1976) pode não ter alcançado a realização, desvitalizando as pré-concepções pela privação da boa *rêverie*;

– porque esses EMP podem não ter tido a possibilidade de transformação metapsicológica – ser a matéria-prima para a criação do 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);

– pela falta da repressão primária, por isso não estamos autorizados a nos referir a sintomas, e sim a transtornos (BLEICHMAR, 1997);

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

– porque falta a barreira de contato formada com os elementos alfa; no seu lugar se encontra beta;

– porque há uma indiscriminação entre o sujeito e o objeto. Ambos exigem a sua construção;

– porque predominam estados de não existência, ou seja, falta a consciência da existência mental (TUSTIN, 1990);

– porque, nesses estados, não há associação verbal simbólica. Podemos observar uma “associação corporal” (LUTEMBERG, 2001);

– por outras tantas possibilidades a investigar.

Essas Novas Patologias

Freud, ao enamorar-se das pacientes histéricas no início de século, deixou de lado as psiconeuroses 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, nos quais apresenta a pulsão de morte e os estudos sobre as identificações. O inconsciente, conceitualizado por Freud na segunda tópica, alberga no Id 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 descarnada da representação de coisa, nos defrontamos com a palavra sem sentido, a palavra vazia, a fala de papagaio, em lugar 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. Ainda que a sua teoria e a nova técnica abram as portas da sala de análise para o paciente psicótico e inaugurem a psicanálise de crianças, sua metapsicologia pressupõe a existência de um ego e de um objeto desde o nascimento.

Em 1930, Melanie Klein, ante Dick, menino com sérias inibições mentais as quais o impossibilitavam de aprender, com genial intuição cria a equação simbólica: a locomotiva é a mãe. 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 necessário penetrar e destruir o corpo materno.

Bion cria uma nova metapsicologia. O analista do pensamento conceitualiza a função da *rêverie*, dando outro estatuto à relação objetal. É a função alfa da mãe a responsável pela transformação dos elementos beta em alfa. No período místico, esse 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 os aqui abordados: Patologias do Vazio, Estados Autísticos, Simbiose Patológica (*SP*)², 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, no qual várias áreas coexistem. São núcleos do tecido mental que precisam ser abordados no processo analítico para não provocar a paralisação do desenvolvimento.

O Vazio Mental (LISONDO, 2004a)

Escolho o conceito nosográfico de vazio mental como um paradigma metapsicológico (FÉDIDA, 1991), de modo a abordar as variadas formas em que esse vazio pode aparecer na clínica, nas patologias narcisistas: neo-sexualidades, drogadição, enclaves autísticos, bulimia, anorexia, doenças psicossomáticas, etc. Cada quadro psicopatológico, na sua especificidade, revela a tentativa de preencher esse 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), essa patologia corresponde a uma ausência da condição humana no interior da mente, à 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

² Será utilizada no trabalho somente a sigla *SP*.

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, 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 perpetua 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 morte é geradora de desuniões, do “*trabalho do negativo*” (GREEN, 1993). A reação terapêutica negativa (RTN) é compreendida como uma compulsão repetitiva que está “além do princípio do prazer”. Procura-se por uma *carga* que instaure a *inscrição psíquica faltante* “em lugar da descarga”, *um renascimento*. É trabalho terapêutico fazer com que Eros não só enfraqueça, mas 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 profantasia 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, de que se teme 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 (IP) massiva. Quando o paciente tenta pensar, produz-se um esvaziamento mental, à medida que os elementos beta são expulsos e evacuados. Junto aos elementos evacuados vão a emoção, o registro dessa emoção, funções mentais e, portanto, a capacidade para pensar. A eliminação progressiva de tais elementos gera o empobrecimento mental. Com esses pacientes, somos testemunhas na transferência da ORFANDA-DE MENTAL. A violência da identificação projetiva massiva pode despejar seus componentes num espaço exterior, criando o *objeto bizarro*, 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 enquanto 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 Patológica

Leo Kanner, em 1943, 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 de as crianças estabelecerem relações afetivas. O autor faz referência ao *fechamento autístico extremo*. Ele o diferencia das esquizofrenias, porque nestas há uma ruptura de relações previamente estabelecidas, *um retraimento*.

Kanner faz um estudo descritivo da sintomatologia desses pacientes, destacando traços obsessivos, incapacidade para usar a linguagem significativamente – ecolalia, estereotipia, distúrbios no uso dos pronomes –, isolamento, gratificação masturbatória. É importante destacar, já nesse trabalho pioneiro, a necessidade poderosa dessas 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 a 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 mun-

do 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 das 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 essa função. A identificação com essa função substitui o estado de não integração – experiência passiva de total desamparo – e dá origem à fantasia de espaços internos e externos.

Bleger (1967) 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. Esse 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 PS e à PD kleiniana. Essa terceira posição *glischro-cárica* se caracteriza:

- pela relação com um *núcleo* – em vez 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*. Essa 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*).

Essa 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 de 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 em lugar 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. Esse 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, protosentimentos, 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** (1999), 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, em vez 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, as percepções, os proto-sentimentos e os proto-pensamentos, pela turbulência emocional que geram no bebê, vêm 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 beta 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. Nessa 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 que a posição esquizoparanóide de M. Klein. Esse 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 *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) preocupa-se 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, publicado postumamente, *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 frente aos grandes terrores e angústias primitivas. Os objetos e figurações autísticas – as estereotípias – protegem essas 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 (1991) 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, em vez do sonho, seria o modelo do narcisismo primário. O aut(o-erot)ismo impedido – na fórmula bleuleriana, um auto-erotismo sem Eros – atribui a *questão de Eros* referindo-se a um *outro* e Eros referindo-se a si *mesmo*.

Anne Alvarez (1992) 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 nesse 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 se localiza 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.

Parafraseando 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, nessa 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, em vez do contato mental, afetivo e significativo em bebês com ou sem 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, em vez 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*.

Fédida permite precisar que Thanatos ocupe o terreno que Eros abandona.

Novas Exigências para o Analista: a *Techné*

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

Nessas patologias, a compulsão repetitiva não estaria, como no modelo freudiano, no viés econômico, buscando a descarga, mas sim **a carga**.

Por isso, a proposta técnica com esses pacientes é editar na relação transferencial em vez de reeditar (LUTEMBERG, 2001). Isto é, inscrever, dar figurabilidade (BOTELLA, C.; BOTELLA, S., 2000) àquilo que nunca teve como ser constituído no psiquismo. Em lugar da situação analítica, configurar-se como um meio facilitador (WINNICOTT, 1965), que permita que aflore o que o paciente tem 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 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; não pode, portanto, 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., 2004a), 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; MOGUILLANSKY, 1999; BIANCHEDI et al., 1994).*

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 acontece no **campo analítico**, não mais só nas camadas intrapsíquicas, mas na intersubjetividade da experiência analítica.

Essa ampliação é fundamental para o tipo de pacientes de que estamos falando, uma vez que dessa 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 e 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 Clínica³

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.

³ Agradeço à colega Regina Elisabeth Lordello Coimbra a oportunidade de apresentar esse paciente.

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, esse barulho passou a se repetir continuamente sem evoluir para uma comunicação efetiva. Esse “balbucio” foi se caracterizando por um movimento rápido dos lábios e da língua, algo assim: “bru... brrruu... brrruuu”.

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

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

É tido como um menino agressivo, bate nas outras crianças que pegam seus brinquedos, ou mesmo quando uma criança se aproxima espontaneamente dele. Esse 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, segundo a qual ele seria o estimulador dessa experiência entre os filhos, que expressaria uma marca do universo masculino dessa 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 cesariana, e bem.

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

Pedro mamou até os seis meses, ocasião em que a mãe foi trabalhar, período integral. 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 de 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 esse período, foram feitos inúmeros exames. Havia a suspeita de meningite, porém, essa hipótese foi descartada e o diagnóstico final foi de uma virose, com a constatação de um déficit em seu sistema imunitário.

Nessa 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.

Esses profissionais foram unânimes em dizer que contra-indicavam psicanálise. Isso porque havia, nesse cenário, uma madrinha de Pedro que sugeria uma avaliação com um psicanalista, e foi por essa via que ele chegou até mim.

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

Os referenciais médicos apresentados não eram desconhecidos 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 confirmassem as patologias investigadas.

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

Primeira entrevista conjunta: Pedro, os pais e eu

Pedro entrou correndo pela sala, andou dando pulos e na ponta 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 esse 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 ao 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 de 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 gostava, as comidas, etc. Mas ele não fez contato com o Pedro nem com a dupla Pedro-mãe durante todo esse tempo.

Primeira 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 sobranças e rabiscava com um lápis cada um dos pedacinhos de papel. Ele não olhava para mim, inicialmente, mas eu permanecia à 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; então eu fui colocando os

papezinhos enfileirados, como se eu fosse decifrar um enigma. Eu disse que esses 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, essa questão esteve muito presente, e acabei por sugerir que os pais escolhessem um profissional para conversar sobre isso.

Curiosamente, eles decidiram não levar Pedro para essa avaliação.

Porém, no final de cada entrevista, ouvia do pai: “Estou confiando em você!”. Essa frase soava como um peso, pois sentia a importância de não me caracterizarem como “guru”.

Sessão do fim do mês de janeiro

Chega chorando muito alto, e com um choro de dor. O horário da sessão era às 7h30min.

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

Ele começou a fazer um barulhinho com a boca, já olhando para mim: “ZZZZZZZZZZZZZZZZZZZZ” 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 à 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 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 clipe. Eram desenhos antigos que eu havia feito na tentativa de me comunicar com ele. Ele foi olhando e separando cada um e os colocou de lado vagarosamente. Parecia que expressava algo assim: “Isso já aconteceu, isso 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 que quer fazer quando pede para ir ao banheiro, e me chama pelo nome, quando chega à sessão e quando ela termina.

Comentários sobre o Material Clínico de Regina Elisabeth Lordello Coimbra⁴

Sobre a avaliação diagnóstica

Penso que Pedro apresenta TGD (Transtornos Globais do Desenvolvimento), categoria F84 na CID-10; isto é, fracasso na construção de uma noção de si próprio e do objeto humano; alteração qualitativa das interações sociais recíprocas e das 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 nesse grupo. Do ponto de

⁴ Admiro a colega pela paixão para conquistar o espaço analítico.

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 a indiferenciação. Ele não apresentaria ASR (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 Pedro significava para ela: “Tenho um bebê muito sério” e, a seguir, a conclusão: “Meu filho não gosta de mim”.

Além da depreciação e desqualificação dessa 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 reconhecer, numa máscara, os caracteres fisionômicos do rosto humano: uma gestalt básica privilegiada, um sinal.

Por que Pedro não reconhecia essa gestalt na mãe? Ela se apresentaria para ele numa suficientemente boa relação face a face para criar a estrutura interacional de Beebe, Lachmann e Jaffe (1997), modelo de espaço dialógico? Não seria esse 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 na ponta 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 sobreexigência precoce? Há uma sobreexcitação pelos novos estímulos que não podem ser metabolizados?

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

No percurso com Beth, será que, em vez 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 o ataque ao mundo feminino?

Os pais parecem, no início do processo, estar 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 Beth?

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 antiestímulo foi atravessada. Dosar a estimulação é uma das funções da *rêverie* 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, esse processo.

Na hora da 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 em vez 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 às 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 com um nome no percurso para construir o ideograma, o conceito do objeto.

A analista, por sua vez, guarda os desenhos-interpretações, 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 armazenado e, então, pode vir a ser evocado? 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, no dizer de Laplanche (2001).

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 uma forma de escrita na qual 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 alfa, 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*.

Na repetição ativa do trauma, Pedro 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 –, em vez 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 *rêverie* a serviço da transferência, transforma o estímulo sensorial em dado sensorial; quando a analista o nomeia afetivamente, transforma-o 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 consequência 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 *techné* 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 alfa: “a abelha”. **O alimento de Beth 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 têm 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 alfa.

O outro é conclamado nas múltiplas funções (LISONDO et AL., 2004a).

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 têm 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. Nessa 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 intercrítica, um futuro esperançoso. Esse 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”.

Abstract

The Challenges of Psychoanalysis in face of the New Pathologies: mental hollowness and autistic states

In this paper, the author, based on many theories, focuses on the prevalence of PMS (Primitive Mental States) as a common denominator present in a series of pathologies called hollowness pathologies, autistic states and pathological symbiosis. It also discusses a different treatment from the usual psychoanalysis, in which the analyst's role would be to provide a representational meaning to the mental hollowness experienced by such patients.

Key-words

Mental hollowness. Autistic States. Emptiness Pathologies.

Resumen

Los Desafíos del Psicoanálisis ante las Nuevas Patologías: vacío mental y estados autísticos

En este trabajo, la autora, basada en muchas teorías, enfoca el predominio de los EMP (Estados Mentales Primitivos) como un denominador común que aparece en una serie de patologías llamadas de patologías del vacío, estados autísticos y simbiosis patológica. Enfoca también un tratamiento diferencial del habitual tratamiento psicoanalítico, en el cual el trabajo del analista es dar un sentido representacional al vacío mental de esos pacientes.

Palabras-llave

Vacío mental. Estados autísticos. Patologías del vacío.

Referências

- ALVAREZ, Anne. (1992). **Companhia Viva**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- ARAGONÉS, R.J. **El Narcisismo como Matriz de la Teoría Psicoanalítica**. Buenos Aires: Nueva Visión, 1999.
- ATHANASSIOU, C. A constituição e a evolução das primeiras identificações. **Revue Francaise de Psychanalyse**, Paris, v.46, n.6, p.1187-1209, 1982. Trad.: Marilda Pedreira e Nilde J. P. Franch.
- AULAGNIER, P. **A Violência da Interpretação: do pictograma ao enunciado**. Rio de Janeiro: Imago, 1979.
- BARROS, E.M.R. An essay on dreaming psychical working out and working through. **International Journal of Psychoanalysis**, London, v.83, p.1083, 2002.
- BEEBE, B.; LACHMANN, F.M.; JAFFE, J. Mother-infant interaction structures and presymbolic self and object representations. **Psychoanalytical Dialogues**, v.7, p.133-182, 1997.
- BIANCHEDI, E.T. et al. **Bion, Conocido/Desconocido**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1999.
- BICK, E. The experience of the skin in Early Object Relations. **International Journal of Psychoanalysis**, London, n.49, p.484-486, 1968.
- BION, W.R. (1957). **Second Thoughts**. Londres: Tavistock Publications; Karnac Books, 1984.
- BION, W.R. **Experience in Groups and Other Papers**. London: Tavistock, 1961.
- _____. **Learning from Experience**. London: W. Heinemann, 1962.

- _____. **Volviendo a Pensar**. Buenos Aires: Hormé, 1967.
- _____. **Attention and Interpretation**. London: Karnac Books, 1970.
- _____. (1976). La evidencia. In: _____. **Seminários Clínicos y Cuatro Textos**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1992. p.237-244.
- _____. **Memoir of the Future: the dawn of oblivion**. Perthshire: Clunie Press, 1979.
- _____. (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.; BOTELLA, S. O inacabamento de Toda a Análise: o processual: introdução à Noção de Irreversibilidade Psíquica. **Psicanálise – Revista da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre**, Porto Alegre, v.2, n.1, p.17-43, 2000.
- _____. **La Figurabilité Psychique**. Paris: Delachaux; Niestlé, 2001.
- FAIMBERG, H. et al. **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. **Fatores de Doenças, Fatores de Cura: gênese do sofrimento e da cura psicanalítica**. Rio de Janeiro: Imago, 2005.
- FONSECA, V.R.J.R. **As Relações Interpretativas nos Transtornos Autísticos: uma abordagem interdisciplinar da psicanálise e da etologia**. Tese de Doutorado. São Paulo: USP, 2005.
- FREUD, S. (1915). Lo inconsciente. In: _____. **Obras Completas**. Buenos Aires: Amorrortu, 1976. v. XVIII.
- _____. (1920). Más allá del principio de placer. In: _____. **Obras Completas**. Buenos Aires: Amorrortu, 1979. v.XVIII, p.9-11.
- _____. (1923). El yo y el ello: las dos clases de pulsiones. In: _____. **Obras Completas**. Buenos Aires: Amorrortu, 1984. v.XIX, p.41-48.
- _____. (1926). Inhibición, sintoma y angustia. In: _____. **Obras Completas**. Buenos Aires: Amorrortu, 1979. v. XX.
- _____. (1930). El malestar en la cultura. In: _____. **Obras Completas**. Buenos Aires: Amorrortu, 1979. v. XXI, p.57-140.
- _____. (1937). Análisis terminable e interminable. In: _____. **Obras Completas**. Buenos Aires: Amorrortu, 1980. v.XXIII.
- _____. (1938). Esquema del psicoanálisis: el aparato psíquico. In: _____. **Obras Completas**. Buenos Aires: Amorrortu, 1980. v.XXIII, p.143-145.

- GEISSMANN, C. (1991). **A Criança e sua Psicose**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1993.
- GREEN, A. Metapsicologia dos limites. In: _____. **Conferências Brasileiras de André Green**. Rio de Janeiro: Imago, 1990.
- _____. **El Trabajo de lo Negativo**. Buenos Aires: Amorrortu, 1993.
- _____. **Ideas Directrices para un Psicoanálisis Contemporáneo**: desconocimiento y reconocimiento del inconsciente. Buenos Aires: Amorrortu, 2005.
- GROTSTEIN, J.S. **O Buraco Negro**. Lisboa: Climepsi, 1999.
- _____. **Comunicação Pessoal**. São Paulo, 2004.
- HAUDENSCHILD, T. Retaking the first steps towards symbolization: a 6-year-old emerges from adhesive identification. **International Journal of Psychoanalysis.**, London, v.78, n.4, p.733-753, 1997.
- HOUZEL, D. Identification Introjective, Reparation, Formation of Simbole. **Journal de la Psychanalyse de l'Enfant**, Paris, n.10, p.46-66, 1991.
- KANNER, Leo. (1943). Os distúrbios autísticos do contato afetivo. In: ROCHA, P. S. et al (Org.). **Autismos**. São Paulo: Escuta, 1997.
- KLEIN, M. (1930). A importância da formação de símbolos no desenvolvimento do ego. In: _____. **Amor, Culpa e Reparação**. Rio de Janeiro: Imago, 1990.
- KORBIVCHER, C. F. A teoria das transformações e os estados autísticos: transformações autísticas: uma proposta. **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v.35, n.4, p.935-58, 2001.
- _____. A mente do analista e as transformações autísticas. **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v.39, n.4, p.113-130, 2006.
- LAPLANCHE, J. **Entre Seducción e Inspiración**: el hombre. Buenos Aires: Amorrortu, 2001.
- LEVÍN, R E. **La Escena Inmóvil**: teoría y clínica psiconalítica del dibujo. Buenos Aires: Lugar, 2005.
- LEVY, R. A visão topográfica no processo psicanalítico: o irrepresentável. **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v.37, n.4, p.1067-1077, 2003.
- LISONDO, A.B.D. A subjetividade é construída na intersubjetividade. **Psicanálise – Revista da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre**, Porto Alegre, v.6, n.2, p.255-81, 2004a.
- _____. **O Processo de Avaliação em Infans e Crianças**: os pais na cena. São Paulo, 2004b. No prelo.
- _____. Na cultura do vazio, patologias do vazio. **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v.38, n.2, p.335-358, 2004c.
- LISONDO, A.B.D. et al. Orfandade mental. In: HERMANN, F.; LOWENKROW, T. (Org.). **Pesquisando com o Método Psicanalítico**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004a. p.323-348.

_____. **O Protomental Não realizado com Fundamento dos Transtornos do Pensamento, Simbolização e Aprendizagem.** Trabalho apresentado em Bion 2004. São Paulo, 2004b.

LUTEMBERG, J.M. **La Ilusión Vacuada:** reflexiones acerca de las experiencias reales y virtuales. Buenos Aires: Lassús, 1999.

_____. Revisión del Paradigma Freudiano de la Sexualidad: el vacío mental y la adición. In: **Fundamentos del Psicoanálisis:** desarrollos teóricos, clínicos y técnicos. Buenos Aires: Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados, 2001. v.27.

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. p. 7-22.

MARTY, P. El **Orden Psicossomático:** los movimientos individuales de vida y muerte: desorganizaciones y regresiones. Valencia: Promolibro, 1995.

MARUCCO, N.C. (1998). **Cura analítica y Transferência:** de la represión a la desmentida. Buenos Aires: Amorrortu, 1999.

McDOUGALL, J. **Theatres of the Mind.** London: Free Association Books, 1986.

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

MELTZER, D. **Explorations in Autism.** Perthshire: Clunie Press, 1975.

MITRANI, J.L. **Ordinary People and Extraordinary Protections.** London: Routledge, 2001.

MOGUILLANSKY, R.; SEIGUER, G. Reconsideraciones sobre la genitalidad. **Psicoanálisis,** Buenos Aires, v.15, n.2., 1994.

OGDEN, T.H. (1989). La posición autista contigua. In: _____. **La Frontera Primaria de la Humana Experiencia.** Madrid: Julian Yebenes, 1992. p. 45-72.

QUINODOZ, D. An adopted analysand's transference of a 'hole-object'. **International Journal of Psychoanalysis,** London, v. 77, p.323, 1996.

ROSENFELD, D. Identification and its vicissitudes in relation to the nazi phenomenon. **International Journal of Psychoanalysis,** London, v.67, p.53-64, 1986.

SOR, D.; GAZZANO, M.R.S. **Fanatismo.** Valparaíso, Chile: Ananké, 1993.

SPITZ, R.A. Anaclitic depression. **Psychoanalytic Study of the Child,** v.2, p.313-342, 1946.

TUSTIN, F (1981). **Estados Autísticos em Crianças.** Rio de Janeiro: Imago, 1984.

_____. (1986). **Barreiras Autísticas em Pacientes Neuróticos.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

_____. **The Protective Shell in Children and Adults.** London: Karnac Books, 1990.

- _____. Revised understandings of psychogenic autism. **International Journal of Psychoanalysis**, London, v.72, 1991.
- WINNICOTT, D.W. (1965). **The Maturational Processes and the Facilitating Environment**. London: Hogarth Press, 1987.
- _____. (1978). **Realidad y Juego**. Barcelona: Gedisa, 1979.
- _____. El temor al derrumbe. **Revista de Psicoanálisis**, Buenos Aires, n.2, 1982.
- ZYGOURIS, R.F. **O Vínculo Inédito**. São Paulo: Escuta, 2003.

Artigo

Copyright © *Psicanálise* – Revista da SBPdePA

Alicia Beatriz Dorado de Lisondo

(C) Rua José Morano, 313 – Parque Nova Campinas
13095-450 Campinas – SP – Brasil
Fone/fax: (0xx19) 3251-5059
E-mail: alicia.lisondo@uol.com.br