

Tratando estados não-representados da mente

Marco Aurélio Crespo Albuquerque¹

Resumo: Neste trabalho o autor aborda o impacto e o manejo da falta da subjetividade, dos afetos e da imaginação, problemas frequentes em alguns pacientes. Interroga como é possível fazer um tratamento psicanalítico na ausência desses aspectos fundamentais. Revisa o trabalho de alguns autores sobre o tema e as diferentes denominações utilizadas para esses pacientes. Constata que, apesar da vasta teoria sobre o tema, há poucas referências sobre as vicissitudes do tratamento ou sobre as mudanças necessárias na técnica. Através de um caso clínico, descreve a evolução desse processo, propõe uma técnica de abordagem, baseada na continência e no uso contínuo da contratransferência como ferramenta, e sugere um estilo mais ativo nas sessões. Também mostra os resultados obtidos até aqui com a paciente que descreve, relatando o que espera da continuidade desse tratamento. Por fim, conclui o estudo tecendo algumas considerações a respeito da compreensão dessas patologias e das mudanças necessárias na técnica clássica.

Palavras-chave: Ausência materna. Corpo e mente. Doença psicossomática. Psicanálise. Processos psicoterapêuticos.

Introdução

A existência de estruturas mentais nas quais as representações são frágeis ou inexistentes, gerando um outro tipo de subjetividade e de sintomas, não é uma descoberta recente. Já na década de 50, Karen Horney (1952) descreveu

¹ Psiquiatra e Psicanalista. Membro Titular e Analista Didata da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre. Membro Efetivo da International Psychoanalytic Association. Psiquiatra e Professor Convidado das Residências Médicas de Medicina de Família e Comunidade, de Psiquiatria, do Hospital Nossa Senhora da Conceição.

pacientes que eram propensos a desenvolver sintomas psicossomáticos, sem consciência emocional, apresentando escassez de experiências internas subjetivas, incapacidade de sonhar ou devanear, pensamento concreto e um estilo de vida voltado para as coisas externas.

Com maior frequência, dos anos 60 em diante, começando pelos trabalhos pioneiros de Marty e seu grupo na França, inúmeros autores, de diferentes escolas de pensamento, apontaram para a existência de pacientes praticamente desprovidos de vida subjetiva e pensamento simbólico. Eram pacientes dotados de uma objetividade empobrecedora e, no entanto, egossintônica, que não preenchiam as características das clássicas estruturas neuróticas ou psicóticas descritas por Freud.

As denominações utilizadas para descrevê-los são várias: paciente com pensamento operatório, paciente com alexitimia, antianalisando em análise, paciente normótico, estados não-representados da mente, autistas psicogênicos, paciente com desvalimento, entre outros.

O quadro clínico, descrito pelos autores citados abaixo, tem diversos pontos em comum, como não reconhecer ou expressar os afetos, assim como a falta de subjetividade, de curiosidade, de espontaneidade, de imaginação e, muitas vezes, o uso do corpo como via de expressão psicossomática daquilo que não pôde se constituir sequer como um conflito mental. Sem essa via mental bem constituída para o processamento dos estímulos, os pacientes adoecem fisicamente com frequência, podendo haver episódios psicossomáticos agudos (cefaleias, dores musculares, transtornos de pânico). Assim como podem ocorrer doenças psicossomáticas crônicas, no entanto, aparentemente despidas do simbolismo que se encontra, por exemplo, na histeria ou nos transtornos somatoformes, nos quais o adoecimento do corpo expressa conflitos intrapsíquicos, na forma de sintomas físicos. Nessas doenças, o corpo é sinal. Nos pacientes incapazes de representações mentais qualificadas, o corpo funciona como veículo de descarga da quantidade de tensão acumulada. Age, sofre, mas sem significados e sem conflitos. Em casos como esse, o corpo é destino.

Embora possam ser inteligentes e bem-sucedidos em sua vida profissional, não se saem tão bem nas relações interpessoais, por vezes levando vidas desprovidas dos elementos subjetivos e afetivos, que são o centro das relações emocionalmente significativas, e o próprio núcleo primordial da nossa humanidade. Contradizendo psicanaliticamente a Descartes, não se pode mais dizer apenas “penso, logo existo”, mas sim “penso *e sinto*, logo existo”. Ajudar a criar ou desenvolver uma mente capaz de integrar os fatos, pensamentos e afetos, é a grande dificuldade no tratamento desses pacientes, para ajudá-los a existir plenamente.

Eles exigem que se faça modificações significativas na técnica, para podermos ir onde mentalmente estão, já que, espontaneamente, não virão até nós, pela falta de uma ponte relacional construída por representações e símbolos capazes de permitir que o pensamento e o afeto sejam articulados e expressos no tratamento, na forma habitual das expressões verbais e não verbais significativas. É a mãe que tem que ir onde o bebê mentalmente está, e não este se adaptar à mente da mãe, ou à técnica do analista.

Este trabalho, além de uma breve revisão histórica e teórica do tema, procura demonstrar, através do material clínico de uma paciente com um estado não-representado de mente, as modificações técnicas necessárias para tratar essas pessoas que não possuem acesso aos afetos e à subjetividade e que apresentam importantes problemas psicossomáticos.

Os estados mentais não-representados na literatura psicanalítica

Freud (1895/1990) empregou o termo “neurose atual” para designar dois tipos de neurose que não teriam origem na sexualidade, a neurose de angústia e a neurastenia. Elas não seriam apropriadas para o tratamento psicanalítico por não terem origem na infância e serem desprovidas de simbolismo (que hoje ligaríamos com a quantidade e qualidade das representações), presente na neurose histérica e na neurose obsessiva. Seu lado médico e neurologista acreditava numa causa orgânica para esses quadros, de natureza química. Embora não fossem, como sabemos hoje, quadros orgânicos em sua origem, Freud estava apontando numa outra direção, onde a subjetividade era desprovida do simbolismo produzido pelas representações psíquicas. No entanto, não foi adiante nas pesquisas sobre este universo de ausências, já que estava bastante ocupado em descobrir e descrever o que havia no universo das presenças reprimidas em nosso inconsciente.

Para Freud, “atual” era aquilo que não tinha origens na infância, no passado, mas cujas causas estavam no presente do paciente, e para as quais suspeitava de uma origem química não ligada a experiências traumáticas infantis. Portanto, o termo “atual” como era usado por Freud, no seu sentido concreto, precisa ser “atualizado”, agora que sabemos que não há nada que inicie na vida adulta sem que tenha suas raízes na primeira infância, exceto alterações psíquicas de origem orgânica adquirida (lesões orgânicas cerebrais com sintomas psiquiátricos ou psicológicos, por exemplo). Aquilo que não adquiriu representações ao longo do desenvolvimento não pode ser considerado “atual”, no sentido freudiano do termo, uma vez que foram as falhas precoces na maternagem que contribuíram para o seu estabelecimento e estruturação. Hoje, acredita-se que foram exatamente

as experiências traumáticas infantis, não contidas nem processadas na mente da mãe, as verdadeiras causas das falhas na representação e na simbolização. Nada mais primitivo, e menos atual, portanto.

O que pode, certamente, ser atual é uma determinada situação traumática, acontecida no tempo presente, e para a qual o aparelho psíquico não tenha recursos suficientes para dar conta pela via da mentalização. Também é necessário que haja um transbordamento de conteúdos em estado bruto, como elementos beta, produzindo sintomas agudos.

De qualquer maneira, porém, devemos a Freud a primeira percepção de que havia algo além das estruturas neuróticas e que, segundo Levine, Reed e Scarfone (2015) abriu o caminho para outra visão do psiquismo, na qual podem existir áreas “vazias”, isto é, não representadas ou pouco representadas:

... nos níveis mais profundos do id, os impulsos poderiam ser concebidos como uma força quase desprovida de organização, especificidade ou conteúdo; e que o ego inconsciente, que, segundo sua hipótese, estava em contato mais direto com o id, seria aquela parte da psique que era potencialmente capaz de fornecer estrutura e conteúdo representacional para os impulsos que seriam, de outra maneira, incipientes e inefáveis. Ou seja, ele abriu o caminho para uma visão da psique como contendo áreas que podemos, agora, chamar de não ainda representadas, não representadas ou pouco representadas. (p. 35)

Concordo com Levine, Reed e Scarfone quando afirmam que:

Um crescente número de analistas considera, agora, que a tarefa terapêutica requer que paciente e analista trabalhem juntos para fortalecer, ou criar, a estrutura psíquica anteriormente frágil, inexistente ou funcionalmente inoperante. Esse ponto de vista, que pode se aplicar a todos os pacientes, mas que é especialmente relevante para o tratamento de pacientes e de estados mentais não neuróticos, cria um contraste com a suposição mais tradicional de que a tarefa terapêutica envolveria a descoberta da dimensão inconsciente de uma formação de compromisso patológica que aprisiona um ego potencialmente saudável. (p. 25)

Tratar pessoas com estados não-representados da mente, hoje, faz parte de um quadro maior, de mudança nos critérios de indicação de análise ou psicoterapia de orientação analítica, pois ambas agora incluem pacientes com estruturações mentais mais precárias, anteriormente considerados aptos apenas a terapias de apoio, comportamentais e/ou medicamentosas.

Esses pacientes muitas vezes procuram tratamento encaminhados por médicos clínicos, inicialmente apenas para tratamento de sintomas. No entanto, merecem

um olhar mais aprofundado do analista. para aqueles aspectos além das estruturas psíquicas tradicionais que, para mim, atualmente são quatro: neurótica, psicótica, perversa e borderline.

Marty (1998), na década de sessenta, introduziu o conceito de pensamento operatório, que descrevia pessoas com déficits importantes na simbolização. Em relação a esta, que ele chamou de mentalização, dividiu os pacientes em bem mentalizados, mal mentalizados e de mentalização incerta.

Para ele, o sujeito bem mentalizado é aquele que tem à sua disposição uma grande quantidade de representações psíquicas, ligadas entre si, que podem ser expressas através da associação livre e enriquecidas em sua qualidade, durante o desenvolvimento, com múltiplos valores afetivos e simbólicos. O oposto disso são os pacientes mal mentalizados, nos quais as representações parecem ausentes ou reduzidas em sua quantidade e em suas qualidades, e a aptidão para pensar e sentir pode não existir. Nesses pacientes, o recurso utilizado será no campo da ação e do comportamento ou pelo surgimento de uma doença psicossomática, vias que restaram para exprimir os estímulos que não puderam ser processados mentalmente.

Esses pacientes, segundo o autor, estariam sujeitos a um tipo de depressão que ele chamou de essencial, capaz de desestruturar progressivamente o aparelho psíquico e o próprio corpo. Além dos sintomas no comportamento, pode vir acompanhada de uma angústia difusa intensa e sintomas fóbicos.

Mesmo que sua compreensão seja basicamente psicanalítica, a proposta de tratamento de Marty para esses casos, além das terapêuticas médicas destinadas a esbater a crise, é a psicoterapia:

As psicoterapias são destinadas a restabelecer o melhor funcionamento mental possível para o sujeito e, no caso de falhas profundas da mentalização, visam a estabelecer o melhor funcionamento econômico possível (mental e de comportamento). De fato, conforme mostra a experiência, aos melhores níveis desses funcionamentos corresponde o melhor nível de defesas biológicas individuais. (p. 48)

Sifneos (1972) notou que não todos, mas muitos dos pacientes que viu com transtornos psicossomáticos tinham significativas dificuldades, não só para reconhecer e expressar emoções, mas também para verbalizá-las.

Quando eram convidados a falar sobre como se sentiam, mencionavam de forma repetitiva apenas sensações somáticas, sem relacioná-las com os pensamentos, fantasias ou conflitos que as acompanhavam. Outros pareciam não ser capazes de especificar se estavam irritados ou tristes, outros não conseguiam diferenciar entre emoções agradáveis e desagradáveis. Geralmente respondiam a

essas perguntas descrevendo as ações que eles tomavam nessas circunstâncias e, quando pressionados por mais detalhes, mostravam irritabilidade e aborrecimento.

Tinham vocabulários limitados e dificuldade em encontrar palavras apropriadas para descrever suas emoções. Eles pareciam confusos e davam a impressão de que não entendiam o significado da palavra “sentimento”. Devido a essas limitações, esses pacientes demonstravam dificuldades em se comunicar com os demais e pareciam desinteressados e aborrecidos. O entrevistador, experiente em lidar com comunicações verbais elaboradas de pessoas neuróticas comuns, tinha dificuldade em avaliar esses pacientes, em categorizá-los entre os tipos de neuroses, e acabava concluindo que pacientes assim negavam suas emoções. De modo geral, as entrevistas terminavam em impasses devido à falta de compreensão do que estava acontecendo.

Para descrever esses pacientes, Sifneos apresentou a palavra *alexitimia* (grego *a*, falta; *lexis*, palavra; *thymos*, humor). Mesmo que claramente tenham problemas e apresentem grande dor emocional, esses sujeitos insistirão que a vida vai bem e que não tem ideia do que poderia estar errado. Já foi dito que sua história é que eles não têm história. A dor existe, mas pode estar dissociada, defensivamente, tanto da compreensão quanto de suas formas de expressão.

Resumindo, para Sifneos, os traços característicos da alexitimia são: (1) dificuldade em identificar sentimentos e distinguir entre sentimentos e sensações corporais de excitação emocional; (2) dificuldade em descrever sentimentos para outras pessoas; (3) processos imaginativos limitados, como é evidenciado por uma escassez de fantasias; e (4) um estilo cognitivo orientado externamente, ligado ao estímulo (Muller, 2000).

Green (2008) chama de estruturas não-neuróticas aquelas que se opõem às neuróticas normais, ou seja, estruturas pré-genitais, estruturas limites ou organizações narcísicas. Para ele, os processos defensivos que predominam nessas estruturas são o de evacuação através da ação ou de expulsão no somático, mais do que repressão ou cisão. Semelhante aos pacientes operatórios de Marty, ele descreve que a pobreza da vida de fantasia é impressionante, como se a psique estivesse permanentemente capturada pelo concreto, e este remetendo ao estado bruto, atado aos acontecimentos da vida. Considera que um sintoma comum a todas estruturas não-neuróticas é uma importante angústia de separação, a ponto de impedir a fantasia ou a fabricação de uma representação do analista na ausência deste. Para Green, as estruturas não-neuróticas são diversas, mas exprimem alterações significativas do pensamento, e as forças destrutivas desempenham um papel importante nestas. Sobre a técnica psicanalítica, baseada na regra fundamental da palavra avivada pela associação livre, a distância entre

essa palavra e os processos psíquicos inferidos além da consciência, aumentaria mais nas estruturas não-neuróticas do que naquelas estruturas qualificadas como neurótico-normais. O que demonstra, claramente, a insuficiência da técnica clássica para o tratamento de pacientes mais perturbados.

Joyce McDougall (1983), atendendo um paciente muito semelhante aos descritos pelos autores já citados, a quem denominou de “o antianalisando em análise”, descreve alguém que se sente confortável com os aspectos formais das relações e que não apresenta mudanças emocionais ou trocas afetivas na relação analítica. Esse paciente punha a ênfase nos acontecimentos atuais, descritos como se fossem um tipo de diário de bordo, basicamente relatando os acontecimentos externos de sua vida. A analista diz que, nesses casos, não há processo analítico, pois, embora racionalmente os pacientes aceitem a situação analítica, não há uma compreensão verdadeira do processo.

Além disso, os pacientes não se frustram ou se impactam com eventos significativos e apresentam um pensamento tipo operatório, como descrito por Marty. Coerente com isso, sua linguagem costuma ser empobrecida, composta de chavões e ideias convencionais, copiadas dos outros.

Na relação transferencial, McDougall fala dos ataques aos laços afetivos do processo analítico, numa evitação das ligações que permita a manutenção da dissociação entre o racional e o afetivo. São pacientes que falam de coisas ou mesmo de pessoas, mas não da ligação entre coisas e pessoas, ou entre o passado e o presente, o que nos permite concluir que a linearidade do pensamento impede a sua historicidade. Também a capacidade de simbolização e da criação de metáforas está prejudicada pelo fracasso da subjetividade. Esse conjunto de fatores acarreta uma pobreza imaginativa e a incapacidade para a empatia, produzindo um embotamento intelectual e afetivo.

Na transferência, o terapeuta sente que compreende o material, mas o paciente não muda e o processo não anda, razão para a tendência do analista se retirar mentalmente da sessão e do processo analítico. São pacientes que trazem frustração e desprazer, junto com sentimentos de fracasso e incompreensão, de tédio e sonolência. Não demonstram curiosidade investigativa e têm um sistema de crenças que explica tudo, mas de forma simplista. Assim como não apresentam, negam a existência de vida mental nos outros, com predomínio da cisão, e não da repressão, pois o analista não é um objeto proibido, simplesmente não é um objeto animado, mas concreto.

Esses pacientes funcionam através de uma identificação projetiva maciça, na qual o outro passa a ser uma réplica, sem discriminação nem distância, e, assim, os afetos insuportáveis deixam de existir. A alteridade é negada ou vivida como

ataque violento quando notada, pois não podem haver questionamentos. Tendo esses danos à vida mental e afetiva, não percebem que sofrem e, quando, pela análise, chegam a essa percepção, ela é terrivelmente dolorosa, dado que, para eles, o sofrimento e a morte vêm através do outro. Desse modo, esses pacientes têm preferência por desconhecer tudo que cause sofrimento psíquico e seu lema parece ser “antes morrer do que mudar”.

A agressividade desses sujeitos é contida e contínua, mas pode estar ausente ou mais inibida nos pacientes psicossomáticos. Assemelham-se às crianças mortas internamente (depressão anaclítica), com objetos internos mumificados. O outro não tem função para esses pacientes, nem a função seio, nem a função latrina, a própria transferência já nasce morta.

Bollas (1992) ressalta, quando fala sobre a doença normótica, que considera o quadro que percebeu em alguns pacientes como muito semelhante ao antianalisando de McDougall. Baseado em Winnicott, ele afirma que a psicanálise focaliza os distúrbios da subjetividade humana que tornam a vida criativa difícil. Fica implícito nesse pensamento que a psicanálise pode ser um tratamento adequado e indicado para tais pacientes. Bollas questiona, também, se essa percepção, das pessoas não dotadas de subjetividade, é um fenômeno novo ou algo que sempre esteve conosco, mas não tínhamos ferramentas teóricas e técnicas para lidar com ele.

Esses pacientes compartilham várias das características citadas anteriormente, referentes a uma subjetividade precária ou ausente. Em minha opinião, essas pessoas não se dividem em tendo ou não tendo subjetividade, mas variam ao longo de um continuum, que abrange desde pessoas que têm uma vida mental e emocional rica e variada até pessoas completamente desprovidas dessas possibilidades.

Quando a subjetividade se encontra prejudicada, encontramos pessoas que se interessam por objetos ou fatos concretos, desprovidos de significados simbólicos e afetivos. Demonstram-se incapazes de apreciar a arte ou compreender o significado de uma poesia, por não terem a capacidade metafórica necessária. A aderência à concretude é tranquilizadora, e o mundo dos afetos e dos desejos é sentido como perturbador e perigoso. Em razão disso, seus afetos, quando existem, precisam ser moderados e atenuados.

Bollas fala da existência de uma aptidão para a subjetividade como um tipo particular de espaço interno para percepções inconscientes, memórias e afetos. Na ausência desse espaço, que também é o dos pensamentos mais elaborados, a ação toma o controle e o comportamento dita as regras de funcionamento adaptativo às normas sociais esperadas.

Assim, a adição ao trabalho pode ser tranquilizadora e estruturadora da personalidade, e sua perda por demissão, doença ou aposentadoria coloca em risco essa estrutura tão frágil. O sujeito pode falar sobre qualquer assunto externo ou concreto, exceto sobre si mesmo, sua personalidade e seus sentimentos, a não ser de forma concreta também, desligados de suas fontes pulsionais. Geralmente, resolvem suas dificuldades através da medicação, do alcoolismo ou drogadição, elementos concretos dos quais esperam a solução dos problemas que possam estar enfrentando.

Frances Tustin (1990) descreve um encapsulamento autista em pacientes neuróticos e em alguns pacientes autistas psicogênicos, com muitas características semelhantes aos dos autores acima. Cita Sifneos e seu conceito de alexitimia para descrever alguns dos pacientes que considerou como tendo estados autistas psicogênicos. Revisando outros autores, ela fala da sensação de colapso e fracasso descritos por Winnicott, dos sentimentos de insignificância e impotência que Bibring chamou de depressão primordial, da depressão anaclítica abordada por Spitz, da falha básica descrita por Balint, além de citar Bion e Grotstein com a noção de uma catástrofe psíquica pré-existente, contra a qual o estado autista se estabelece como proteção.

Tustin refere que, encapsulados num estado autista, os pacientes não têm consciência de sua própria humanidade, nem da de outras pessoas. Nesse estado, não podem fazer as abstrações necessárias para a imaginação e a empatia. Sofrem de uma perda de motivação, presos numa forma de funcionamento muito concreta, na qual apenas as coisas que podem ser tocadas e manipuladas parecem reais, o que não acontece com as experiências psíquicas que estão fora de seu alcance. Por isso, memórias, pensamentos, fantasias, imaginações e jogos se tornam impossíveis, bem como representações simbólicas (o que diz Levine, mais recentemente). Assim, falta-lhes a subjetividade, o desenvolvimento afetivo e a noção de uma vida interior própria, vivendo numa bidimensionalidade, que essa analista associa com a descrição que Joyce McDougall faz de uma parte “robô” da personalidade, situada na raiz das doenças psicossomáticas que esses pacientes costumam apresentar.

Para Tustin, a não interiorização de uma mãe como uma boa experiência psíquica impede a construção de um *self* seguro e contínuo. Assim, os pacientes são perseguidos pelo medo de se desintegrar psicoticamente, que gerou medos incompreensíveis e terrores numa época pré-verbal, pré-imagem e pré-conceitual. Esse conjunto de medos desacelerou, ou virtualmente parou, o desenvolvimento emocional e cognitivo desses pacientes. O pensamento torna-se, então, muito concreto. Perde-se, desse modo, a capacidade de fazer as abstrações necessárias

para o pensamento imaginativo e reflexivo.

Dessa forma, os defeitos cognitivos e emocionais podem ser adquiridos, ao invés de inatos, como reação a uma consciência traumática da separação com uma mãe produtora de boas sensações, de forma que o comportamento autista funcione para atenuar a sensação dessa perda, ou mesmo negá-la e substituí-la por sensações autoprovocadas, previsíveis e controláveis, através das quais o paciente tenta se autocuidar, sem depender de ninguém mais. A perda desse controle, por situações traumáticas ou estressantes, pode desencadear ataques de pânico, pela ameaça de desintegração.

Na transferência irão repetir a situação infantil de desilusão, necessitando de uma terapia firme, sadia, zelosa, compreensiva e terna, que possa ser reparadora dos aspectos danificados e abandonados da mente. O que pressupõe, segundo Tustin, um analista extremamente presente, vivo e atuante no *setting*, capaz de injetar vitalidade na relação e, assim, conseguir acessar as partes do *self* que são mantidas inacessíveis pelo encapsulamento autista.

Aqui, gostaria de fazer uma distinção teórica que acredito necessária. Green (2009) e outros, como descrito acima, caracterizaram como estados mentais não-neuróticos aqueles estados que não eram neurótico-normais, e sim estados-limite ou outras perturbações que não eram as neuroses clássicas. Essa é uma definição que põe a ênfase naquilo que *não é*, mas *não-neurótico* pode ser também psicótico ou perverso, ou uma mistura de ambos, se levarmos em conta as três estruturas clássicas da psicanálise: a psicótica, a neurótica e a perversa.

Apesar de toda a discussão que se estabeleceu, desde meados do século passado, sobre a existência ou não de uma estrutura borderline de personalidade, vejo esta como uma quarta estrutura. Cabe destacar que a estrutura foi assim considerada a partir dos trabalhos de Kernberg (1967) sobre a existência de uma organização borderline de personalidade, com características próprias e diferentes de outras entidades psicopatológicas, e que pode, inclusive, conter elementos das três outras estruturas, nas mais variadas combinações.

Acredito que estados mentais não-neuróticos dizem respeito, no sentido usado por Green, mais à problemática narcísica ou borderline, e não são equivalentes a estados mentais não-representados. Clinicamente, esses estados não-representados podem, na verdade, perpassar, em maior ou menor grau, todas as estruturas psíquicas ao longo de um continuum, variando de pacientes onde há nenhuma ou pouquíssima representação e subjetividade até um outro extremo, pacientes que são ricos em representações e aptos para o pensamento simbólico e a expressão dos afetos. Porque sempre há a possibilidade de que algo não faça sentido, não encontre representações, mesmo numa estrutura neurótica

com um predomínio de bom funcionamento, a chamada parte neurótica da personalidade segundo Bion (1994), em contrapartida à parte psicótica.

Talvez, além dessas partes da personalidade descritas por Bion, pudéssemos agora considerar a existência de uma outra parte da personalidade, nem neurótica nem psicótica, mas com áreas vazias ou não-representadas, não configurando assim uma personalidade neurótica, psicótica, perversa ou uma organização borderline de funcionamento, seria mais um “não-funcionamento”, uma vida composta mais de ausências representacionais do que de presenças.

A não-história de Adele

Conheci Adele há 14 anos. Era uma mulher de estatura média, obesa, cabelos loiros e curtos, rosto arredondado e uma expressão facial simplória e pouco expressiva. Tinha 48 anos e veio encaminhada pela sua ginecologista por uma depressão que, na época, já durava dois anos, supostamente relacionada com um câncer de mama, diagnosticado e tratado no mesmo período, do qual, agora, encontrava-se aparentemente curada. Dois meses antes do diagnóstico de câncer, havia perdido, de forma inesperada, o pai, com quem tinha melhor relação do que com a mãe. Também tinha manifestações psicossomáticas significativas. Aos 30 anos, aumentou muito de peso; aos 38, teve uma menopausa precoce e, por volta dos 45 anos, além de dores musculares tensionais, teve problemas nos joelhos em função da obesidade, para os quais fez cirurgia e passou a ter algumas limitações funcionais.

Desde as primeiras sessões, relatava apenas os fatos que lhe aconteciam no presente, com frases curtas e objetivas, e respondia às vezes, apenas com uma palavra, não dando fluidez à conversa, nem demonstrando qualquer traço de subjetividade. O pensamento era de tipo operatório, sem capacidade de *insight*. Não refletia sobre seus problemas, ou ligava-os a nada, vivenciando-os como fenômenos concretos, sem nenhum grau de abstração ou de compreensão mais abrangente da ligação entre fatos e afetos. Mesmo os eventos graves, como o câncer e a perda do pai, foram relatados como “coisas que tinham acontecido”, desafetadamente.

Ainda que houvesse essa pobreza subjetiva, a área intelectual de sua vida parecia livre de problemas. Tinha escolaridade superior, realizava um tipo de trabalho muito especializado com computadores, no qual era bem paga. Demonstrava inteligência, contrastando com a concretude do pensamento, a falta de curiosidade e de imaginação.

Não havia afeto em sua fala ou em suas relações, escassas e superficiais. Nunca

teve atração física por homens ou mulheres, ou qualquer tipo de relacionamento sexual, era egossintônica em relação ao fato de nunca ter tido um namorado sequer. Também nunca teve fantasias sexuais ou se masturbou, parecendo ignorar que possuía órgãos genitais e sexualidade. Para ela, a libido e o sexo nunca tiveram qualquer importância e, simplesmente, não eram um problema.

Jamais teria procurado espontaneamente tratamento, mas estava assustada com o câncer recente e o risco de morte que ele trouxe, e também com as limitações do corpo que vinham aumentando com o passar do tempo. Temia pelo futuro, no qual se via sozinha e fisicamente incapacitada, desvalida e sem ninguém para lhe cuidar.

Veio do interior, morava só e, em mais de 30 anos, fez apenas duas amigas, uma delas, sua prima. Mas, da mesma forma que não sentia falta de vida erótica, também nunca sentiu falta de amizades. Sua vida social limitava-se a, eventualmente, sair com colegas de trabalho para comemorar algum aniversário, mas nunca estabeleceu vínculos significativos com ninguém.

Sua história infantil evidenciava uma total submissão à mãe, uma pessoa dura e autoritária, desprovida de subjetividade e sem o afeto, a continência ou a *rêverie* necessária para o desenvolvimento de um aparelho psíquico na filha, incapaz de perceber, conter e transformar as ansiedades arcaicas desta.

Em contrapartida, teve melhor relação com o pai, um homem afetivo e compreensivo. Foi ele quem lhe ensinou a ler, contava histórias para dormir, conversava com ela sem imposição de ideias. E foi quem apoiou sua saída de casa para cursar faculdade na capital, contra a vontade da mãe.

A perda desse pai afetivo e o câncer desencadearam uma ansiedade de quantidade e intensidade insuportáveis para um aparelho psíquico tão pouco provido de recursos, explodindo essa espécie de “bolha de concretude” onde vivia, fechada para o mundo das emoções e das relações. Encontrou-se exposta às vicissitudes da vida, de uma forma como nunca antes estivera.

Percebi desde o início que a técnica clássica não faria sentido algum para ela e, transferencialmente, eu repetiria a presença dessa mãe operatória, que era detentora da única maneira correta de fazer as coisas, às quais deveria apenas se submeter.

Nos primeiros anos de tratamento ou, para ser mais exato, nos primeiros oito anos dele, ela não falou nada espontaneamente. A sessão semanal de 45 minutos era conduzida e falada por mim, numa base de 35 a 40 minutos eu, 5 a 10 minutos ela, seja por absoluta falta de conteúdos mentais, mesmo os concretos, ou pela falta de capacidade de verbalização destes. Não bastasse isso, havia uma característica adicional, bizarra, que nunca vi em 35 anos de profissão:

jamais desviava os olhos dos meus, nem por um segundo, olhando-me fixamente durante 45 minutos (que a mim pareciam horas intermináveis). Mas não era como se olhasse para outra pessoa, em busca de contato visual, e sim para um objeto inanimado. Senti que era como eu e minha mente ficaríamos caso me mantivesse calado, esperando por uma comunicação verbal normal e associações livres da parte dela.

O olhar da paciente era muito estranho para mim, pois jamais tinha sido olhado dessa forma antes, nem por pacientes psicóticos, o que me fez sentir que psicótica ela não era, e muito menos neurótica, assim como não tinha características de uma estrutura borderline ou perversa. Pensei que, psicodinamicamente, corresponderia mais ao que Frances Tustin chamou de autismo psicogênico, uma das formas de apresentação das falhas na simbolização, e essa foi minha hipótese de trabalho inicial.

Ao longo destes oito anos, senti-me sempre desconfortável com a não comunicação espontânea e com esse olhar ininterrupto, mas a situação foi se tornando um desconforto tolerável, na medida em que me dei conta que essa era a sua forma de se comunicar comigo e, principalmente, de me fazer vivenciar o vazio e o inanimado que havia dentro dela, bem como o desconforto e a angústia sem nome que isso lhe causava. Toda a angústia era vivida por mim, nessa transferência enlouquecedora.

Desse modo, manter-me atento, falante, ativo e imaginativo era uma estratégia de sobrevivência, para permanecer mentalmente vivo e, por meio dessa vitalidade, tentar restituir alguma vida a esse psiquismo morto ou agonizante. Para isso, tive que usar todos os recursos ao meu alcance, dentro e fora da técnica clássica, como este, de falar muito mais que ela, na tentativa de manter a sessão ao menos em movimento. Fazia muitas perguntas sobre cada mínimo fragmento de informação que ela trouxesse, pois, se eu não obtivesse algum material para trabalhar e fizesse a conversa fluir dessa maneira unilateral, estaríamos condenados a um silêncio que duraria até hoje.

Usava a minha curiosidade o tempo todo e, eventualmente, assinalava-lhe a falta da sua, que mantinha os eventos como se fossem alheios e desafetados. Precisava, às vezes, descrever-lhe quais seriam os meus afetos nesta ou naquela situação surgida, para ver se, assim, ia lhe fornecendo elementos capazes de fazer uma ligação entre fatos, afetos e pensamentos.

Também precisei usar muito a imaginação e os devaneios (o sentido francês de *rêverie*), através da criação de cenários e histórias, que eu ia desenvolvendo a partir de uma palavra ou frase sua. Algumas das situações concretas que ela conseguia verbalizar eu transformava em histórias imaginárias a respeito dela,

que lhe contava de volta, como quem conta uma fábula, como aquele pai que lhe contava histórias antes de dormir.

Uma dessas histórias era emblemática em sua vida e vou dar como exemplo de como tinha que usar a minha imaginação, tentando despertar alguma nela. A paciente contou que, quando era pequena, foi ao centro da cidade com a mãe e dois irmãos comprar casacos. Escolheu um casaquinho rosa, mas a mãe comprou na cor cinza para todos porque essa cor “sujava menos”. Submeteu-se muda como sempre, sem chorar ou reclamar.

Aí eu imaginei/sonhei a situação para ela, da seguinte forma: “Eu não estava lá para ver, mas posso imaginar que, quando a mãe não te deu o casaquinho rosa, e te obrigou a usar um cinza, idêntico ao dos teus irmãos, apenas com o argumento que “sujava menos”, mesmo que não tenhas dito nada, por dentro deves ter ficado triste e com raiva, desejando que ela te percebesse como uma filha com gostos e desejos próprios, diferentes dos dela e dos irmãos, e que ela tivesse percebido como terias ficado imensamente feliz de ganhar o casaquinho rosa, que chamou tua atenção desde que entraste na loja. Mas não reclamaste nada e aí ficaste cinza, por fora e por dentro...”. Ao que retrucou, sem refletir, um inosso: “é, pode ser”, como lhe era habitual.

Mas eu não desistia. Procurava ligar qualquer coisa que ela falasse ao que já sabia de sua história de vida, usando analogias e metáforas da literatura, da poesia, cenas tiradas de filmes, etc., como exemplos ou comparações, e até mesmo lhe contando situações da minha vida que fossem pertinentes ao material da sessão, sempre procurando ligar com o estado mental predominante que eu estivesse experimentando, contratransferencialmente, no momento. Buscava com isso permitir que ela usasse a minha mente, como o bebê inicialmente usa a mente da mãe para conhecer e experimentar o mundo, e, assim, pudesse, aos poucos, ir tomando contato e se identificando com os pensamentos e afetos que eu compartilhava com ela, criando um espaço para o surgimento das representações, da subjetividade e do pensamento simbólico.

Se eu usava em demasia a fala e a mente, era porque esse era o único recurso com o qual eu e ela contávamos, como que colocando em mim essas faculdades do falar, do sentir e das representações, para assim nascer ou sobreviver psiquicamente através de mim, através do uso do meu espaço psíquico, como um abrigo inicial e temporário do seu.

Minha importância para ela não vinha do que eu eventualmente clarificasse, confrontasse ou interpretasse. Era importante apenas ser eu mesmo, da forma mais espontânea possível. Eu precisava estar ali, com a mente viva e aberta, para poder ser usada como uma espécie de mente-útero onde ela pudesse gestar a sua

própria, ainda por nascer. E foi o que aconteceu.

No final do 8º ano de tratamento, os progressos não só eram sensíveis, mas mensuráveis também. Já não me olhava como se eu fosse inanimado, verbalizava mais e melhor e falava comigo ao invés de falar para mim. Também começou a olhar em torno e demonstrar curiosidade sobre os objetos decorativos da sala, o que me dava mais chances de incluir o afeto na conversa, pois alguns desses artefatos são herança de família e têm grande valor afetivo para mim. Cada um deles gerava uma história, carregada de afeto, que ela já conseguia ouvir com atenção e interesse. Estimulada pelas minhas, ela passou timidamente a contar histórias de sua família e de sua infância, que antes pareciam não existir.

Falando com mais facilidade e por mais tempo, começou a fazer associações e expressar ideias com início, meio e fim. Foram surgindo, progressivamente, afetos intensos e assustadores para ela, como a raiva que sentia da mãe e a saudade e a falta que sentia do pai. Com esses afetos surgiram também as defesas do ego contra eles, sentidos como novos e ameaçadores. Com o surgimento da ambivalência entre amor e ódio, passou a ter conflitos neuróticos, o que foi uma grande evolução psíquica para ela, com atrasos e faltas às sessões, resistências que não apresentava anteriormente, pois jamais tinha faltado ou se atrasado antes.

No 10º ano de tratamento, senti que tínhamos feito avanços importantes, cruzando um limiar que até a mim parecia impossível, por mais sem memória e sem desejo que eu trabalhasse.

Começou uma sessão feliz e animada, dizendo-me que tinha se inscrito no ciclo de palestras “Fronteiras do Pensamento”, cujos ingressos são caros e não muito fáceis de conseguir. Pela primeira vez em dez anos, fez uma comunicação carregada de simbolismo, permitindo-me compreender que estava conseguindo pagar o preço emocional por algo importante, cruzando as fronteiras do pensamento, o limite entre aquilo que não podia ser pensado ou sentido e o que agora já era pensável e sensível, entrando no valorizado reino dos símbolos e da subjetividade.

Nestes últimos quatro anos vem adquirindo, progressivamente, uma capacidade de reflexão sobre si própria e os demais, começou a perceber e nomear o que acontecia nas suas relações interpessoais. Aliás, descobrir que havia tais relações já foi um grande progresso, com a descoberta da alteridade e da percepção do outro não apenas como um sujeito separado, mas como alguém existente. Até eu passei a existir para ela.

A falta de expressão no rosto deu lugar agora a uma paciente que sorri com frequência, demonstra bom humor e até já fez piadas. Relata mais longamente e de forma viva fatos com suas nuances afetivas. No entanto, jamais demonstrou tristeza ou chorou por algo ou alguém. Sinto que gosta de mim, está

transferencialmente bem vinculada e valoriza muito o tratamento, mas ainda não foi capaz de estabelecer relações próximas com mais nenhum homem, e talvez nunca consiga.

Apesar de suas limitações, Adele tem agora mais representações mentais e de melhor qualidade, como jamais havia experimentado. Aprendeu a usar o tratamento como um espaço seu, como um casaquinho que agora pode ser da cor que quiser, ao invés de cinza, assunto que voltou numa sessão recente e que serve como exemplo de sua evolução:

Na sessão anterior, avisou por WhatsApp que não viria por estar afônica. Chega, hoje, faltando 15 minutos para o fim da sessão, ainda bastante rouca. Atrasou-se por ter dormido demais e só acordou quando a faxineira chegou. Diz que quarta é seu dia de faxina em casa e acrescenta que nela, Adele, também – uma associação antes impossível para ela.

Comento que, às vezes, é difícil sair do imobilismo da cama e mexer nas sujeiras, com o que ela ri e concorda. Volta a falar da dor na garganta, dizendo que marcou clínico para daqui a seis dias. Preocupo-me por já estar assim há cerca de dez dias e lhe aconselho procurar um otorrino ainda hoje, pois já está mal há mais de uma semana e ainda faltam seis dias para a consulta com o clínico. Ela diz que irá num pronto-atendimento para ser examinada.

Adele conta que, mesmo não vindo na semana passada, ficou fazendo sua sessão em casa, mentalmente, e diz que iria escrever, na mensagem para mim, que estava completamente sem voz, mas achou que era uma frase muito forte, por isso trocou para afônica. Mas depois ficou pensando no “completamente sem voz” e ligou com a figura da mãe, que não levava sua voz (seus desejos) em conta.

Perguntei se alguma vez tinha levantado a voz contra a mãe, brigado com ela. Diz que só de uns tempos para cá e que às vezes tem até que ser ríspida, para que a mãe não tome conta, pois tudo tem que ser do jeito desta.

Digo-lhe que erguer a voz para a mãe parece-me ser uma maneira de criar um limite entre elas, é então que a paciente me interrompe e diz em tom de pergunta: “Limites? Nunca houve limites para ela!”. Na sequência, acrescenta que ela era um território livre no qual a mãe entrava e saía quando queria, mas agora não mais. Comenta que isso foi uma das melhores coisas que conseguiu com o tratamento – algo com o qual concordo, assinalando que, agora que já criou uma zona de liberdade para si, pode comprar o casaquinho da cor que quiser. E, ligando com as dificuldades de vir hoje, a dor na garganta que quase a impede de falar e minha indicação de otorrino, digo que vir aqui, neste outro especialista em voz e coisas faladas, tem lhe ajudado a conquistar uma voz própria, ainda que às custas de muita dor para falar e muita sujeira por limpar.

Desconstruções necessárias da técnica psicanalítica

Os estados não-representados da mente, nos quais os elementos psíquicos estão mais ausentes do que ocultos, devem sempre ser lembrados numa avaliação. Isso é necessário para evitar a expectativa ou a crença de que todo paciente que procura tratamento tenha uma mente capaz de simbolizar e associar livremente, com representações em boa quantidade e qualidade, exigências anteriores tidas como bons critérios de analisabilidade.

Esse diagnóstico é importante porque, como evidenciado no caso descrito, esses pacientes raramente se adaptam ao *setting* psicanalítico clássico, deitados no divã e numa alta frequência semanal de sessões. Na maior parte das vezes, sequer buscam tratamento analítico, vêm por orientação de seus médicos clínicos ou especialistas, por perturbações funcionais, com ou sem causas orgânicas bem estabelecidas. Podem, inclusive, ver o terapeuta ou analista como mais um especialista que estão consultando, muitas vezes sem fazer a mínima ideia de como este lhes poderia ajudar.

Portanto, submeter essas pessoas ao *setting* analítico tradicional seria um pouco como colocá-los no leito de Procusto, uma necessidade do profissional, não do paciente. Geralmente, suportam uma sessão semanal, no máximo duas, frente a frente, pois necessitam muito de um olhar que lhes transmita diferentes nuances afetivas (sorriso, atenção, surpresa, desagrado, etc.), assim como necessitam visualizar o analista como um elemento vivo e ativamente participante na sessão, tanto nas formas verbais quanto não-verbais de comunicação.

Ainda assim, continuam tecnicamente válidas todas as recomendações feitas por Bion, citadas por Grotstein (2017), sobre suspender a memória, o desejo e a compreensão (categorização); evitar o uso de preconceções já formadas; empregar a percepção (incluindo a observação e a intuição); o mito pessoal (as fantasias); e a paixão (emoção) enquanto ouve e observa o paciente.

Grotstein enfatiza a necessidade de um forte embasamento teórico que, no entanto, deverá ser esquecido durante a sessão, para que as associações evoquem espontaneamente a teoria seletivamente relevante para o caso, assim como memórias fundamentais sobre o que já ocorreu em sessões anteriores, incidentes ou eventos relevantes da história passada do paciente. Nesse sentido, o ponto central é que o analista mantenha a mente aberta, sem preconceitos e sem teorias, para que experiências e afetos, até então ocultos no paciente, possam emergir.

A percepção diz respeito aos órgãos dos sentidos, mas também se origina daquilo que vem de dentro, a percepção das qualidades psíquicas oriundas do inconsciente do analista enquanto escuta seu paciente. O uso da emoção requer

que o analista domine as experiências afetivas, especialmente as referentes ao sofrimento. Nos pacientes com estados não-representados da mente, o analista deve ficar ainda mais atento para estar em contato com seu próprio mundo interno, para poder fazer uso intenso das suas emoções e experiências afetivas, as mesmas que estão ausentes no paciente, e assim injetar vida na sessão. Ao mesmo tempo, deve estar preparado para sofrer, por um longo tempo, a abstinência de subjetividade e explorar o terreno inóspito de uma mente que mais parece um deserto.

A pobreza afetiva e subjetiva se reflete na fala, num vocabulário desprovido de seus simbolismos. Deste modo, figuras de linguagem comumente empregadas nas associações livres, tais como analogias, metáforas, metonímias e sinédoques, como na paciente citada acima, são completamente ausentes, tornando a comunicação verbal seca e estéril. Nesses casos, o analista deve usar os recursos de sua mente para poder criar uma linguagem mais rica e simbólica.

Outras características básicas para um analista que se disponha a tratar esses pacientes são: sólido conhecimento teórico do desenvolvimento emocional do bebê, dos estados mentais primitivos, das defesas empregadas nestes estados, especialmente cisão e identificação projetiva, a utilização dessas defesas na clínica, bem como o entendimento sobre a psicopatologia correspondente à sua predominância de tais defesas na vida adulta. É desejável possuir as capacidades de continência, paciência e resiliência, além de estar à disposição para trabalhar sem memória e sem desejo, num tratamento que, em princípio, não se tem a menor ideia aonde irá chegar, nem quando. É necessário trabalhar sem as ferramentas técnicas costumeiras para o tratamento de pacientes neuróticos ou psicóticos, o que exige liberdade, criatividade e alguma coragem de ousar.

Também é fundamental conhecer bem, e não temer, seus próprios afetos, para ser caloroso e ativo nas sessões. Além disso, é importante ter boa imaginação para criar histórias e cenários mentais desconhecidos para o paciente, de maneira a despertar nele o interesse pela sua própria história e afetos perdidos.

Quando considerar necessário, ou mesmo fundamental para o tratamento, ter a capacidade de expor honestamente seus próprios afetos ou revelar adequadamente aspectos de sua vida pessoal que possam ligar e dar sentido ao material do momento, de forma a criar uma situação de pessoalidade, que o paciente talvez nunca tenha vivenciado. Nunca é demais lembrar o que já dizia William Osler, um excepcional clínico do século XIX: o tratamento da doença pode ser impessoal, o do doente jamais. Esse aforisma se aplica perfeitamente ao tratamento dos pacientes com as características discutidas neste trabalho.

Considerações finais

Alguns autores usam, de forma intercambiável, as expressões “não-neurótica”, referindo-se à estrutura ou à psicopatologia, e “não-representados”, referindo-se a estados mentais derivados desta estrutura psíquica “frágil, inexistente ou funcionalmente inoperante”, assim descrita por Levine et al (2015), como se fossem equivalentes, embora haja diferenças significativas.

Contudo, no que um estado não-representado da mente difere de uma estrutura não-neurótica, no sentido de estados-limite ou borderline, como o termo é frequentemente usado? Nos pacientes borderline, por exemplo, há um profundo sentimento de vazio e uma percepção angustiante e dolorosa deste, por isso a busca desesperada de algo ou alguém que o preencha, podendo ser uma relação interpessoal, sexual, uso de substâncias, exercícios ou esportes em demasia ou perigosos, etc. Numa pessoa com aspectos predominantemente não-representados da mente, nem sequer a percepção desse vazio interior existe, não há queixas a respeito dele, é egossintônico e funciona como uma forma de esvaziamento da mente, de proteção contra a dor psíquica. Além disso, predomina a sintomatologia negativa, em vez de positiva, como ocorre nos borderline. Esses últimos, apresentam instabilidade constante, agressividade e destrutividade. O que é silêncio nos estados não-representados da mente e na personalidade psicossomática, é barulho na personalidade borderline.

Costuma-se dizer que as constelações psíquicas que possuem essas ausências ou falhas na representação fazem parte das assim chamadas “patologias do vazio”, o que precisa ser conceitualmente melhor definido. A expressão “patologias do vazio” é uma metáfora, não um fato. No inconsciente, não há vazio. Pode haver uma falta, um vazio de representações, mas não de conteúdo. Mesmo que no aparelho psíquico não haja representações-palavra (elementos alfa, símbolos), mas apenas representações-coisa, concretas e desligadas dos afetos (elementos beta), isso ainda produzirá efeitos sensíveis no modo de se relacionar, pois mesmo aquilo que está desligado age, produzindo uma vida operativa, ou seja, um modo de pensamento (concreto, operatório), um modo de comportamento baseado na ação e um padrão de relacionamentos pobre e limitado pela pobreza afetiva. Esses efeitos podem, como qualquer outro conteúdo primitivo, ser comunicados na transferência, via identificação projetiva (no sentido comunicativo que lhe dá Bion), e impactar a mente do analista, que poderá então usar a sua para transformá-los e tentar devolvê-los gradativamente ao paciente.

Como afirmar que há um “vazio” no sujeito? Quem pode definir que há um vazio dentro do outro? Como pode o não-representado na mente do paciente

existir na mente do analista? A resposta, na verdade, é simples. Na transferência, por meio da percepção proporcionada pelo registro da identificação projetiva, através da qual o paciente comunica seus vazios interiores e elementos concretos ao analista, sendo este capaz então de perceber, representar, pensar e nomear aquilo para o qual o outro não tem registro psíquico (representação), nem expressão nos pensamentos, nos comportamentos ou nos afetos.

Essa situação reproduz exatamente aquilo que acontece no início da vida, quando o bebê projeta seus estados de angústia na mãe, cabendo a esta, pelo mecanismo do *rêverie* materno, receber as angústias ainda sem nome ou significado, dar-lhes continência e transformações (de elementos beta para elementos alfa, do não-representado para o representado). Isso gera representações psíquicas familiares para ela, que podem ser comunicadas de volta ao bebê, que então se tranquiliza e, aos poucos, vai se identificando com essa função da mãe.

Esse seria o modelo para uma relação transferencial continente e transformadora, na qual o analista, usando de sua função materna, gesta em sua mente as comunicações em estado bruto e as transforma em representações e, pela interação afetiva e verbalizações, devolve-as ao paciente, da mesma forma que a mãe faz com a criança pequena.

A doença psicossomática, por exemplo, é uma comunicação aparentemente muda e sem sentido simbólico, mas pode ser compreendida também como uma comunicação muito primitiva, um pedido de socorro, mesmo quando feito através do corpo. Não precisa haver um sentido oculto a ser revelado, como no modelo da histeria e dos sintomas conversivos. Esse sentido, inexistente para o paciente, precisa ser gerado e gestado na mente do analista, até poder tornar-se algo da ordem do conhecido-pensado, que pode então vir a ser compartilhado na sessão e ganhar um componente afetivo e ligado na mente daquele.

Essa função de recepção e de transformação dos conteúdos mentais, que costumamos fazer em silêncio diante de um paciente, isto é, dentro de nossa mente, antes de formular uma interpretação, sempre continuará ocorrendo. No entanto, diferente dos pacientes neuróticos comuns, muito desse trabalho psíquico deverá ser feito verbalmente, em tempo real, na presença do paciente e não no costumeiro silêncio reflexivo, que depois gera uma verbalização do analista. Por vezes, deve ser feito enquanto ocorre, como se fosse a comunicação compartilhada de um pensamento, um sonho ou um devaneio nosso, a respeito do que ele está nos contando.

É justamente essa capacidade de pensar, sentir, sonhar ou devanear com afeto que o paciente não adquiriu em sua infância, graças a uma função de *rêverie* materna deficitária ou mesmo ausente. A relação viva e afetiva com o analista pode

ser sua única possibilidade de mentalização, num campo analítico facilitador, propício ao surgimento da vida mental e da subjetividade.

Há um mundo de experiências congeladas, de potencialidades não desenvolvidas dentro de cada um desses pacientes, aguardando um momento, uma chance, por mais remota que seja, para serem compreendidas e desenvolvidas, encontrando seu lugar simbólico na mente. Cabe a nós acreditar e trabalhar para esse fim, para recuperar a humanidade perdida de cada um.

Treating unrepresented states of mind

Abstract: The author discusses the impact and management of the lack of subjectivity, affection and imagination, which are frequent problems in some patients. He questions how it is possible to make a psychoanalytic treatment in the absence of these fundamental aspects. Reviews the work of some authors on the subject and the different denominations used for these patients. He notes that, despite the vast theory on the subject, there are few references to the vicissitudes of treatment, or changes in technique. Through a clinical case, describes the evolution of this process, proposes a technique based on continence and the continuous use of countertransference as a tool, and a more active style in the sessions. Shows the results obtained so far with the patient he describes, and what expects from the continuity of this treatment. Concludes by making some considerations about the understanding of these pathologies, and changes in the classic technique.

Keywords: Maternal absence. Mind and body. Psychoanalysis. Psychosomatic disease. Psychotherapeutic process. States of mind.

Referências

Bion, W. (1994). *Estudos psicanalíticos revisados (Second Thoughts)*. Rio de Janeiro, Imago.

Bollas, C. (1992). Doença normótica. In *A sombra do objeto: Psicanálise do conhecido não pensado* (pp. 169-194). Rio de Janeiro, Imago.

Freud, S. (1990). Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada “neurose de angústia”. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, (3a ed., Vol. 3). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1895)

Green, A. (2008). *Orientações para uma psicanálise contemporânea*. Rio de Janeiro, Imago.

- Green, A. (2009). Introduction: A unique experience. In *Resonance of suffering: Countertransference in non-neurotic structures*. London, Karnac Books.
- Grotstein, J. S. (2017). “... No entanto, ao mesmo tempo e em outro nível...”: *Teoria e técnica psicanalítica na linha kleiniana/bioniana* (Vol. 1). Londres, Karnac Books.
- Horney, K. (1952). The paucity of inner experiences. *American Journal of Psychoanalysis*, 12(1), 3-9.
- Kernberg, O. (1967). Borderline Personality Organization. In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15(3), 641-685.
- Levine, H. B., Reed, G. S., & Scarfone, D. (2015). *Estados não representados e a construção de significado: Contribuições clínicas e teóricas*. London: Karnac Books.
- Marty, P. (1998). *Mentalização e psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- McDougall, J. (1983). O antianalisando em análise. In *Em defesa de uma certa anormalidade: Teoria e clínica psicanalítica* (pp. 83-97). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Muller, R. J. (2000, Julho). When a patient has no story to tell: Alexithymia. In *Psychiatric Times*, 17(7). Retirado de <http://www.psychiatrictimes.com/somatoform-disorder/when-patient-has-no-story-tell-alexithymia>
- Sifneos, P. (1972). *Short-term psychotherapy and emotional crisis*. Cambridge: Harvard University Press.
- Tustin, F. (1990). *Barreiras autistas em pacientes neuróticos*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Copyright © Psicanálise – Revista da SBPdePA
Revisão de português: Mayara Lemos

Recebido em: 29/09/2017

Aceito em: 05/02/2018

Marco Aurélio Crespo Albuquerque
Rua Tobias da Silva 85/506
90570-020 - Porto Alegre – RS - Brasil
E-mail: marcoalbuquerque@me.com