

# Uma explicação da gênese do trauma no quadro da Teoria do Protomental

*Antonio Imbasciati\*, Milão*

*Muitos autores caracterizam o trauma como irrepresentabilidade (completa ou parcial) dos eventos psíquicos. Este trabalho oferece uma explicação das descrições características sobre as quais muitos autores têm se concentrado. O conceito de representação (e representabilidade) é definido no contexto de minha teorização – a teoria do protomental – que tenho desenvolvido ao longo dos últimos vinte anos. A gênese do trauma pode ser conceituada neste contexto como um defeito na construção da rede símbolo-poiética que constitui a estrutura funcional da mente relevante do indivíduo. Este defeito envolve o apagamento (autotomia) de memórias e, em particular, de memórias do funcionamento e de conexões entre memórias. Não se trata de um modo de repressão, mas sim de uma real ausência de memória.*

*Descritores: Trauma. Teoria do protomental. Representabilidade.*

---

\* Membro Ordinário da Sociedade Psicanalítica Italiana.

Há uma literatura muito ampla sobre o trauma desde o nascimento da psicanálise que ainda continua sendo escrita. Neste artigo, que nasce de um convite para participar em um painel do 44º Congresso IPA, no Rio de Janeiro, torna-se necessária, portanto, com relação ao quadro específico de referências, uma extrema delimitação do que irei tratar. Já que abordo a Teoria do Protomental, por mim elaborada nestes últimos vinte e cinco anos, o leitor deverá perdoar-me as autocitações e as limitadas referências à literatura geral.

O estudo do trauma psíquico foi introduzido por Freud ao elaborar um conceito herdado de Charcot. Este conceito, por sua vez, tomou-se de empréstimo da medicina e da cirurgia. Não por acaso muitos autores anglo-saxões usam o termo *injury*, que expressa muito bem o conceito de dano ou lesão com o conseqüente prejuízo, muitas vezes permanente, da eficiência normal de uma parte física, de um órgão, de um aparelho. O próprio Freud expressou-o bem referindo-se a um comprometimento da funcionalidade do aparelho psíquico. Nesta ótica, os eventos *traumáticos* foram considerados como uma série de estímulos que estariam acima da capacidade normal de elaboração do aparelho mental, perturbando-o em sua *normalidade*.

Conforme é sabido, Freud considerou algumas psicopatologias como resultados, de fato, de um *trauma psíquico*. Tal conceito teve um enorme sucesso popular, ao ponto de, no sentido comum, as pessoas freqüentemente pensarem que qualquer psicopatologia pode ser reconduzida a uma *causa que danificou* a funcionalidade do cérebro ou, de qualquer modo, a normalidade da psique. Freud considerou, inicialmente, um caso de sedução sexual sofrida em idade infantil por parte de adultos, na origem de efeitos traumáticos. Mais tarde, após a histórica data de 1897, ele considerou tais episódios como psiquicamente construídos e atribuiu importância não tanto aos eventos reais, mas sim a como tais eventos se configuraram na mente (na memória) do sujeito. É conhecida a controvérsia com Ferenczi sobre a relevância de fatos reais a respeito de eventos psiquicamente estruturados (Bonfiglio, 1996, 1997). A esta controvérsia seguiram-se inúmeros debates (por exemplo, as teses expostas por Balint, 1969) e explicações clínicas sempre mais apuradas e ainda atuais.

Fatos reais e estruturas psíquicas, mais ou menos inter-relacionadas ou relacionáveis, ocupam, mesmo em nossos dias, um notável espaço da literatura psicanalítica; seu inter-relacionamento é objeto das mais variadas descrições clínicas e explicações teóricas sobre os mecanismos psíquicos, ou os processos, que neles ocorrem. Quanto ao evento *sexual*, ainda hoje se constata a recorrência de abusos sexuais infantis em pacientes considerados *traumáticos*, enquanto outros eventos

não sexuais, em particular separações e lutos, se revelaram fatores potenciais (e alguns autores consideram como se fossem *causas*) de trauma psíquico na idade infantil ou mesmo adulta. Em especial são considerados os eventos violentos, sofridos impotentemente, por exemplo, torturas, perseguições, guerras, cataclismos.

Hoje sem dúvida o fato é que, embora contemplando eventos reais históricos, o trauma deriva de sua configuração na estrutura psíquica de cada sujeito. A acima citada discussão sobre de que modo considerar o evento histórico, por um lado, e a estrutura psíquica do sujeito que o elabora, por outro, com a conseqüente organização mental daí derivada, está mais viva que nunca. Seguem os debates e interpretações sobre os processos psíquicos intercorridos, ora em termos de defesas, ora de relações de objeto, ora de produção de pensamento, entendido este em termos bionianos. Em especial teve sucesso o conceito (Kris, 1956), pela primeira vez teorizado por Khan (1963), de *trauma cumulativo*: eventos ou séries de eventos, reais e históricos, cada um irrelevante em si mesmo, repetidos, adquirem em retrospectiva uma relevância traumática. Nesta *retrospectiva* evocou-se o conceito freudiano de *nachträglichkeit*.

Quanto à natureza de tais eventos, mais do que seu conteúdo variável, salienta-se o contexto interpessoal: a primeira infância e o relacionamento afetivo íntimo e intenso com um adulto. Portanto, se enfatiza o significado que determinados eventos assumem para aquele sujeito. As teorias de relação de objeto ou de qualquer modo relacionais têm elaborado amplamente o conceito contextual. Modell (1984) as descreveu como um transtorno da comunicação afetiva da criança com as figuras dos pais e sobre este indício fizeram-se pesquisas relativas aos traumas pré-natais (Maiello, 1998) e também da primeira infância (Vallino, 2002), inclusive de um *círculo vicioso* entre o trauma entendido como fato histórico e o *fantasma*, que novamente reconduz ao trauma ou a novos traumas (Giaconia; Racialbuto, 1997).

O percurso da pesquisa psicanalítica é, portanto, longo e amplo até os nossos dias e ainda com muitas nuances (Garland, 1998). Podemos-nos perguntar o porquê. Por que, depois de tanta e já secular literatura, ainda hoje nos interrogamos sobre o trauma?

Deixando de lado por enquanto a interrogação, notamos que o relevo clínico recorrente nos pacientes considerados traumáticos é o de não poder lembrar; a começar por Freud, falou-se de esquecimento traumático. O debate procede do levantamento clínico recorrente nos pacientes considerados traumáticos, isto é, da dificuldade em análise de eles recordarem com exatidão eventos da própria história, dos quais eles têm uma vaga memória e, sobretudo, da dificuldade, por parte do analista e do paciente, de reconstruir e viver os afetos, cuja existência passada

se presume na sua história e que deveria estar presente na transferência. Falou-se também da constatação recorrente de *vazios* na estrutura mental, de incapacidade do paciente de viver ou reviver certas situações, de patologia por *déficit*, mais do que por conflito. Mais apuradamente, com o progresso do equipamento dos analistas através das dissertações da obra de Bion, verificou-se um defeito de representações, ou melhor, um defeito de representabilidade de *eventos* interiores, que podem ser somente inferidos e ao redor dos quais se intui uma área psíquica (ou que deveria ser psíquica) pouco decifrável. Como se uma parte da estrutura psíquica não somente não seja traduzível em uma descrição verbal (interpretação), mas que tampouco se faça presente ou de qualquer modo representável de alguma maneira na mente do paciente e também na do analista; uma área obscura, um *buraco negro*, que pode ser inferido, mas não explorável, ou pelo menos dificilmente explorável.

Com base na especulação teórica bioniana sobre a gênese do pensamento, na diacronia infantil e na sincronia da mentalização sempre atual no adulto, foram considerados os processos mentais mais arcaicos, não somente inefáveis (na etimologia, não verbalizáveis), mas também ainda não *mentais* ou *antimentais*, e se considerou o processo de simbolização (Imbasciati, 1998; 2001c; 2002c; 2003a), especialmente a capacidade de tolerar a dor mental para se entrar na posição depressiva, a matriz de pensamento. O assim chamado trauma parece, portanto, caracterizar-se por um defeito de simbolização.

Uma das razões que provoca ainda hoje, após um século, um denso e variado debate sobre os pacientes *traumáticos* consistiria no problema da relação entre os fatos históricos considerados traumáticos e a síndrome que se pode encontrar em alguns pacientes. Por que, em paridade de eventos histórico-anamnésicos, inclusive relevantes, alguns se *traumatizam*, enquanto outros que também atravessam vicissitudes perturbadoras permanecem íntegros? A maior parte da literatura psicanalítica de fato versaria sobre a pesquisa dos processos interiores que ligam o trauma *histórico* à psicopatologia, ou, em alguns casos, sobre aqueles que puderam superar os eventos traumáticos. Tal indagação, porém, deve enfrentar a pluralidade dos modelos teórico-clínicos usados pelos psicanalistas e uma certa *confusão das línguas* que às vezes revela confusão de conceitos, ou pelo menos uma mescla que produz a sobrevivência de diferenciações e de conseqüentes debates. Seria necessário, pois, que os psicanalistas pudessem esclarecer muitos dos termos e dos conceitos usados e convir sobre quais os critérios básicos para definir certos pacientes como *traumáticos*.

\* \* \*

Um recente artigo publicado no *International Journal of Psychoanalysis* (Tutté, 2004) resume a situação atual com relação ao conceito de trauma, tentando uma comparação da psicanálise com as neurociências e em especial com a psiquiatria. Este trabalho adapta-se para algumas considerações minhas.

O conceito de trauma deriva daquilo que se deduz da clínica. Esta é, porém descrita através de outros conceitos e estes, por sua vez, se ressentem dos vários modelos teóricos que a psicanálise, no passado e no presente, tem desenvolvido. O conceito de trauma torna-se assim, a cada vez, impregnado por diferentes modelos teóricos e freqüentemente também por uma diversa teoria geral do funcionamento mental<sup>1</sup>. Neste ultimo enfoque domina muitas vezes a confusão, ou pelo menos a mescla entre descrição e explicação. Seria necessário, pois, que preliminarmente a cada abordagem do tema o autor explicitasse a qual teoria ou modelo teórico ele se refere ao utilizar conceitos para comunicar aos colegas aquilo que tem observado na clínica, aquilo que inferiu, que procurou descrever e, enfim, que procurou explicar. Saliento, a propósito, a distinção entre descrição e explicação (Imbasciati, 1994), não poucas vezes confusa no âmbito psicanalítico.

Tutté (2004) esforça-se ainda em recuperar em termos psicanalíticos a nosografia psiquiátrica. Esforço louvável, a meu ver, a partir de um ponto de vista epidemiológico, senão demográfico, mas que não se concilia, creio, com uma psiquiatria que queira ser de verdade uma *iatria* da *psique* e não uma simples cura sintomática. Acho que a abordagem nosográfica é apropriada na medicina (e na cirurgia), isto é, onde se trata de doenças (ao invés de síndromes) das quais se conhece a causa específica, mas não pode ser transferida ao psíquico, sob pena de passar de uma psicologia do patológico a uma mera patologia (sintomática) do psíquico (Imbasciati; Margiotta, 2004). Se a nosografia pode ser uma parte da psiquiatria, não pode ser uma parte da psicologia.

Nesta última perspectiva é possível uma terceira consideração. Tutté recondiz o trauma a uma estruturação das memórias referentes a eventos emotivos altamente significativos e apela ao conceito de *memória implícita*, contraposto ao de *memória declarativa*, recuperando o conceito de retroação sublinhado por Laplanche e Pontalis (1967), que retomam a *nachträglichkeit* freudiana. Estes louváveis acenos aos efeitos do presente sobre o passado não parecem, porém, estar adequadamente relacionados aos atuais e muito mais detalhados estudos sobre a memória (e sobre a aprendizagem) por parte das varias escolas experimentais de psicologia. O efeito traumático de eventos reais acontecidos na idade adulta é

---

<sup>1</sup> Refiro-me aqui à existência, freqüentemente não considerada por aquilo que realmente é, na psicanálise, de diferentes metapsicologias (Imbasciati, 2001 b, c, 2002 a, b, c, d, 2003 a, c, 2004 b, 2005, 2006 a, b).

explicado como efeito retroativo sobre a memória, por exemplo, a inscrição não somente de novos traços, mas de uma reinscrição de traços arcaicos que explicariam o estado emotivo do traumatizado.

Contudo, em alguns conceitos e termos usados – inscrição, reinscrição ou outros –, há inadequação do quadro geral que as ciências psicológicas (não aquelas psiquiátricas!) hoje fornecem da memória. Para nenhum tipo de memória, exceto a declarativa em curtíssimo prazo, se pode falar de inscrição e mesmo para esta seria melhor falar de presença momentânea ao invés de inscrição. Este último termo traz consigo um halo semântico de estabilidade que não convém absolutamente à memória; ele é herdeiro da velha concepção de uma memória que reflete a realidade e que a registra de modo fiel. Ao contrário, todo o patrimônio mnésico, variadamente classificado (Long Term Memory – LTM, Short Term Memory – STM, memória de procedimento, memória implícita, memória declarativa, de reconhecimento, de evocação, de trabalho, episódica, semântica, espacial, motora, de afetos, o *conhecido não pensado*<sup>2</sup> e assim por diante) não é uma inscrição, mas um *elaborador contínuo*, que continuamente transforma aquilo que é a cada vez, codificado e recebido e que também é integrado (quase *mesclado*) com aquilo que antes estava organizado (Imbasciati; Margiotta, 2004 cap. 2.9, 2.10, 2.11, 2.12, 2.14).

O patrimônio mnésico do passado condiciona tudo aquilo que é codificado no presente e este, por sua vez, aquele; aliás, o patrimônio mnésico de cada instante condiciona e é condicionado por aquilo que é e será adquirido. E mesmo na ausência de qualquer *input* de fora, o patrimônio mnésico modifica-se continuamente, enquanto a contínua atividade de elaboração, explicada no sistema mental (no cérebro, inclusive durante o sono), o modifica. O pensamento, para usar um termo bioniano, modifica a memória. Não se poderia utilizar o termo *patrimônio* tão pouco, pois este comporta um halo semântico estático e memória é um conceito essencialmente dinâmico e substancialmente inconsciente (Imbasciati, 2001a, c, 2002a, b, d, e, f, 2004b, 2005, 2006a, b). Nem se poderia falar de *lembrança*; a lembrança é somente uma codificação consciente e momentânea no presente (ou talvez do presente) porquanto apresenta-se ao sujeito acerca de acontecimentos que ele considera passados. Não existe lembrança verídica, diversamente de lembrança falsa, cada lembrança é um produto psíquico do presente. Sabemos ainda que a *lembrança* dever-se-ia referir apenas ao sistema (mental) da memória declarativa, enquanto não pode ser atribuída à memória implícita: esta não pode produzir lembranças (Fonagy, 1999). Não faz sentido, portanto, falar da possibilidade ou impossibilidade de que *sinais arcaicos* sejam recuperados para a consciência Estes

---

<sup>2</sup> Uso o termo e o conceito de Bollas (1987) referindo-o aqui aos traços mnésicos relativos.

sinais existem, mas podem ser somente inferidos no comportamento relacional. Trata-se de processos neurais-mentais arcaicos, sempre co-presentes na atividade contínua do sistema mental. Neste quadro o conceito de repressão não é mais útil (Imbasciati, 2001d, 2005, 2006a, b).

O conceito de trauma precisa, assim, ser redimensionado nos termos de um modo particular de funcionamento da mente concernente ao tratamento de algumas informações, no quadro, porém, de todas as informações captadas no passado e no presente, do lado externo codificadas nos modos internos individuais e do lado interno autoproduzidas (o *pensamento* específico daquele indivíduo). Neste modo de conceber o funcionamento mental deve-se enquadrar o poliédrico conceito de memória e neste aquele do trauma.

Chegamos aqui ao último relevo que me interessa expor para emoldurar o longo e multiforme debate psicanalítico sobre o trauma. Permeado nas dissertações de quase todos os autores, há o assunto que a mente tenha um funcionamento *normal* por natureza, ou seja, por causa do desenvolvimento neurobiológico predisposto pelo patrimônio genético do *homo sapiens* e que o trauma, e junto a este outras *patologias*, seja entendido como resultado de uma causa que tenha perturbado tal desenvolvimento. Se tal concepção era perfeitamente justificada na época de Freud, atualmente não é mais. Não existe um funcionamento mental normal para a biologia e para a genética; existe somente um cérebro normal por macromorfologia e por número de neurônios, mas as suas conexões, a micro-morfologia e portanto a fisiologia entendida como funcionamento da totalidade deste aparelho orgânico, são determinadas pela experiência. É esta, ou melhor, o quanto desta se gera no cérebro que determina o tipo de funcionamento daquilo a que se pode dar o nome de *aparelho mental*. O termo aparelho é indicado somente para uma adjetivação biológica, macromorfológica, mas não para uma adjetivação psico-fisiológica, que qualificamos como *mental*. Falar de aparelho mental normal é, portanto, desviante; leva a pensar que o funcionamento da mente possui uma normalidade própria, entendida como se entende a norma biológico-genética, e não uma normalidade como média estatística com relação aos mais variados tipos de funcionamento singularmente adquiridos por cada sujeito de uma população. Este equívoco leva, por conseguinte, a pensar que quando a mente se torna mais afastada do funcionamento da média, é porque alguma *causa* lhe *perturbou* o pressuposto desenvolvimento normal.

Pelo contrário, cada mente – estrutura mental, não aparelho! – é determinada, aliás construída, com base na experiência do indivíduo, ou melhor, de quanto as formações estruturais mentais iniciais daquele indivíduo lhe permitiram aprender da experiência e sucessivamente estruturar uma progressiva e peculiar estrutura



funcional, estrutura essa que lhe permitirá aprender, de seu modo singular, pela experiência (Imbasciati, 1998, 2001c, d, 2002b, 2003a, b, c, 2005, 2006a, b), (Imbasciati; Margiotta, 2004). Não faz sentido, portanto, buscar a causa ou as causas a que atribuir a determinação de uma anomalia estatística. Cada indivíduo terá eventualmente as *suas causas* (ao plural), entendidas como uma rede infinita de circunstâncias relacionais e, conseqüentemente, de experiência, através das quais se *construiu* o seu peculiar modo de funcionamento mental. Neste quadro o conceito de trauma assim como foi compreendido, ou melhor, distorcido, revela sua origem espúria: a derivação da medicina e da cirurgia, a imprópria transferência ao psíquico de um conceito que tem um sentido somente biológico-genético e não de experiência e, portanto, psíquico. A palavra *trauma* deveria, assim, a meu ver, ser eliminada do léxico das ciências psicológicas.

A imprópria transferência de conceitos e termos do âmbito médico-biológico para o psíquico tem causado um grande número de equívocos e atrasado as pesquisas detendo-as na confusão (Turchi; Perno 2002), isto não somente no que se refere ao *trauma*. No centro de tais equívocos há o conceito de doença e o de diagnóstico, estes também imprópriamente transferidos da medicina à psicologia (Imbasciati; Margiotta, 2004). É minha opinião que a permanência do termo *trauma* no âmbito psicanalítico, com seu halo semântico enganador, é uma das causas do trabalhoso e já secular debate sobre as características psíquicas dos pacientes a serem considerados *traumáticos*. Isto não significa que as características vez por outra atribuídas ao *traumático* não existam, nem significa que não possam ser recolhidos em uma descrição relativamente homogênea os conceitos psicanalíticos que mais se prestam para comunicar aquilo que mais freqüentemente os analistas têm percebido em certos pacientes. Devemos, porém, considerar que teremos uma categorização sindrômica e não diagnóstica, com as considerações relativas sobre a terapia. Para fazer isto me parece que nos falta uma conceitualização e uma terminologia suficientemente unívocas para individuar um certo tipo (lembrando que o tipo, em psicologia, não é uma categoria, mas um protótipo) de pacientes aos quais não me parece oportuno tachar de *traumáticos*. É necessário encontrar outra qualificação que descreva, com termos e conceitos sem equívocos o que os analistas vão encontrando e também caracterizar desde que ponto, de que critério partir para alcançar uma tal descrição.

Se forem constatadas lacunas de simbolização, será necessário especificar o que se entende por símbolo e simbolização, assim como, falando de representatividade, é necessário esclarecer o conceito de representação (Imbasciati, 2001a) com maior razão para outros termos e conceitos, tais como *vazio*, *buraco negro*, *espaço mental* ou outros. Também, caso se encontrarem processos psíquicos, ou



melhor, *eventos* ainda não mentais ou mentalizáveis, talvez homologáveis com aqueles dos primeiros dias de vida ou com o psiquismo fetal<sup>3</sup>, devemos convir sobre os conceitos relativos e termos a serem usados. Muitos conceitos e termos utilizados na psicanálise são vistos como unívocos, mas depois, ao conhecermos os relatos de outros autores, percebemos que apresentam nuances semânticas diferentes. Desta maneira cada descrição nos parece nova e incrementada, mas é assim mesmo, ou o fato depende da multiplicidade das línguas? Não será possível na psicanálise alcançar um vocabulário exato como o de outras ciências da mente?

Se usarmos termos que têm diferentes acepções, embora mínimas entre eles, ou se usarmos conceitos impregnados de diferentes teorias sem que estas sejam explicitadas, ou ainda se confundirmos uma descrição clínica com uma suposta explicação, além do mais com os citados conceitos e termos, é óbvio que se abre um espaço para infinitas, e entre elas diferentes, ilustrações das *características do trauma*. Para alcançar uma delimitação, ou pelo menos uma focalização de um certo protótipo de paciente, é preciso ainda identificar o critério de base: consideramos idôneo o critério anamnésico? Eis que surgem em primeiro plano os eventos históricos reais, os maus tratos sofridos, os abusos e assim por diante. Consideramos, por outro lado, idôneo o critério dos mecanismos psíquicos intercorridos? Aqui, porém, entra em cena a teoria: qual teoria? Os tradicionais mecanismos de defesa? A descrição do mundo interior em termos neokleinianos? A teoria bioniana da mentalização? Ou colocamos no centro o impacto do paciente sobre o analista, ou ainda a capacidade do paciente de atravessar certos estados emotivos, ou de viver eventuais interpretações e, por conseguinte, trabalharemos em quadros diversos com diferentes conceitos e termos. Sob esta possível multiplicidade de critérios, há freqüentemente uma confusão entre o plano clínico essencialmente *descritivo* e uma tentativa *explicativa*. De quase todas as descrições, procura-se a interrogação sobre as *causas*. Temos, porém, afirmado que o conceito de causa precisa muito ser redimensionado. Todavia uma *explicação* implica uma causalidade. Em que termos podemos, então, na psicanálise, caracterizar uma explicação? Muitas vezes tenta-se explicar caracterizando certos mecanismos de defesa; estes, porém, são modelos teóricos que nos ajudam a compreender *como* foram geradas as situações clínicas que temos experimentado, mas não nos dizem muito sobre o *porquê* aconteceram. Lembramos que a *descrição* se refere *ao como*; somente uma efetiva *explicação* nos diz o *porquê* (Imbasciati, 1994, 1998). Assim, inclusive,

---

<sup>3</sup> Tais eventos, ou produtos mentais (pré-mentais? protomentais?), consideráveis à base das estruturas mentais que estão sendo construídas, poderiam abrir novos caminhos para esclarecer os fenômenos de transmissão transgeracionais, sobretudo para gerações alternadas sem contato direto, que hoje em dia tanto interessam aos psicanalistas (Imbasciati, 2004 a, c).

podemos considerar como explicação um *déficit* de mentalização em relação a uma incerta capacidade de funcionamento depressivo, mas nos resta explicar por que este ocorreu. Podemos remontar a uma carente relação com o cuidador, o que nos leva a fatos anamnésicos, ou a relações de objeto primárias; mas tudo isto explica realmente o porquê?

E ainda, falamos de memória, mas em que termos a consideraremos como chave explicativa? De que maneira enfrentaremos a contínua e dinâmica transformação e elaboração mnésica? Considerá-la em termos clínicos, isto é, do *lembrado*, é totalmente errado e de todo modo descrevê-la nos confronta com a indefinição das *memórias* emergentes. Nem poderíamos falar em termos de transformações bioquímico-moleculares; talvez isto constituísse uma explicação, mas sairíamos do âmbito da psicanálise e também daquele de toda a psicologia. Seria necessário, então, falar de memória em termos exclusivamente psicológicos.

O problema está no fato de que os analistas operam sobre o plano clínico e isto comporta uma experiência emotiva direta do analista, que lhe dá uma compreensão que, para ser comunicada aos colegas, necessita de conceitos e modelos teóricos. Estes procuram descrever (à parte sua polissemia), mas não explicam. Para uma explicação seria necessária uma teoria geral sobre como se forma progressivamente (ao longo da vida do indivíduo, iniciando pelos seus primórdios embrionários) a estrutura funcional que chamamos mente e como esta se forma com relação à experiência do indivíduo e de que modo este a elabora. Freud o tentou com a sua metapsicologia energético-pulsional, mas a sua explicação não pode mais atualmente ser compartilhada (Imbasciati, 1994, 1998, 2001d, 2002b, e). Outras metapsicologias parecem subentendidas (por exemplo, em Bion), mas não foram detalhadas suficientemente, a meu ver, por uma *explicação*.

Concluindo, se quisermos focalizar um protótipo de paciente para voltarmos ao atualmente denominado de *traumático* sem incorrer nas polissemias de conceitos não unívocos, ou impropriamente transpostos da medicina à psicologia e na insuficiente distinção entre clínica e teoria, descrição e explicação, na origem de seculares debates sobre o trauma, seriam necessários muitos, talvez em excesso, esclarecimentos. E seria necessária uma teoria *forte*. No atual e eclético panorama psicanalítico, algumas escolhas se impõem. É o que tento neste trabalho.

\* \* \*

Um denominador comum das atuais descrições clínicas da maior parte dos autores que têm se ocupado de *traumáticos* concerne à não possibilidade de representar, total ou parcialmente, eventos psíquicos que ocorreram na mente ao

longo dos episódios do passado de uma pessoa e que na mente permanecem (os eventos psíquicos, não os episódios) constituindo uma espécie de vazio, um *déficit* de quanto teríamos esperado em termos de estrutura mental, sobre o qual a dupla analítica tem enormes dificuldades em trabalhar.

O presente trabalho pretende propor uma *explicação* para a *descrição* característica sobre a qual se detiveram muitos autores. A proposta é colocada e atuada no quadro de uma teoria particular, elaborada por mim há mais de vinte anos em uma série de obras (artigos e volumes), que oferece uma explicação em termos psicofisiológicos, semântico-mnésicos, das origens da estrutura funcional da mente, isto é, da sua construção a partir da vida fetal, e do funcionamento geral da mente ao longo da vida remanescente do indivíduo. Esta teoria foi por mim denominada em 1979 *Teoria do Protomental* e teve sua primeira apresentação no volume publicado em 1981 e intitulado *O Protomental* (Imbasciati; Calorio, 1981). Na sua base, o critério escolhido para a explicação concerne ao aprender e à memória, considerando a formação de progressivos traços mnésicos de funções, que progressivamente constituirão a estrutura funcional global que pode ser denominada *mente*.

Devo aqui assinalar alguns pontos decisivos da minha teoria, não sendo possível fazê-lo a não ser em termos extremamente sumários, reportando às minhas obras para uma maior compreensão.

A mente é concebida como a progressiva construção de um sistema informático, em condições de utilizar múltiplas *inputs*, de elaborá-los e de autoconstruir progressivas capacidades operativas e também de produzir estes mesmos *produtos* internos, reutilizáveis como os *inputs* externos. O valor explicativo da teoria consiste na organização, elaboração, construção e transformação dos traços mnésicos e, portanto, dos respectivos significados em tais significantes veiculados, construindo uma estrutura semântico-mnésica extremamente individual, não repetível em cada um, de acordo com as vicissitudes ambientais e de relação que terão, ao longo de toda a sua vida a começar pela época fetal, lhe ofertando *inputs* diferentes. A explicação que sugiro aqui para o assim chamado trauma é exposta em termos de uma não otimização da organização dos traços mnésicos, ao longo do percurso da vida de um indivíduo, e das progressões não ideais para a *leitura* da interioridade.

Iniciarei por este último termo: leitura. A partir da vida fetal, os estímulos suscetíveis de ativar os receptores sensoriais, aos poucos amadurecidos, geram aferências para o incipiente sistema nervoso central. Para que estas deixem de alguma maneira algum traço, é necessário que, dentro do sistema nervoso, se tenham organizado conexões neurais capazes de reconhecer – *ler* – alguns conjuntos de aferências como possuidoras de um significado qualquer; desse modo uma leitura

inicia uma forma de memória. O significado e, portanto, a *leitura* de certos *conjuntos aferenciais* não corresponde em nada a nenhum objeto real ou significado realista. Não se trata de reconhecer conjuntos de aferências pertencentes a objetos reais; a isso se chegará laboriosamente somente no final do segundo ano de vida. No início a leitura acontece por conjuntos de aferências totalmente heterogêneas entre si, provenientes das sensorialidades mais diversas, externas e internas corpóreas, mescladas entre si de modo absurdo em relação a uma *percepção* em sentido próprio. Formam-se, desta maneira, os primeiros *engramas*, com os quais o incipiente sistema informático que se constrói inicia a processar (o termo é, na acepção das escolas cognitivistas) a informação. Os *engramas* são os significantes, psicofisiológicos, constituídos verossimilmente por conexões neurais que veiculam igualmente significados psicológicos.

Estes são, inicialmente, simples e absurdos com relação a qualquer significado em sentido adulto, mas servem ao trabalho do sistema. Progressivamente mais complexos, servem como traço mnésico de operações correspondentes que o sistema adquire condições de fazer: engramas que concernem a *objetos* (mesmo diversos de qualquer objeto real, ou seja, *conteúdos* mentais) e engramas de *funções*. Servindo-se de ambos, o sistema pode construir ulteriores e mais complexos engramas, processando, seja os *inputs*, seja os próprios conteúdos, com uma operacionalidade cada vez mais articulada, juntando de maneira diferente os conjuntos de aferências e constituindo, assim, novos engramas, isto é, novos traços para novas possíveis capacidades operativas. Estas, por sua vez, terão um traço próprio. Os engramas, desse modo, constituem seja o traço mnésico, que serve para dar significado a algo que representa um *objeto* totalmente diferente de objetos reais efetivos, porém comparável às descrições psicanalíticas dos objetos internos, seja o traço para *operar* (traço de funções) de modo sempre mais diferentemente articulado sobre as aferências recebidas. Desta maneira cada engrama construído permite a sucessiva e progressiva construção de ulteriores engramas. As aferências, assim, são processadas inicialmente dando origens a imagens alucinatórias e depois, em um *continuum*, a percepções de algum modo correspondentes a objetos reais. Umas e outras merecem o nome de representação, mesmo se as primeiras não representam nada de real, mas alguma coisa que é representação necessária para a operacionalidade do sistema.

A esta progressiva e sempre mais articulada agregação de traços, significantes de algum significado que o sistema outorga a (= *lei* em) conjuntos de aferências procedentes do externo, muito cedo se mesclam os significantes, ou seja os traços produzidos pelo mesmo sistema. Isto é, apenas o sistema alcança um certo grau de operacionalidade e já está em condições de produzir, este mesmo, novos signi-

ficantes. Trata-se de um produto interno comparável ao que será posteriormente a produção de *pensamentos*. No começo estes *produtos* estão misturados com *inputs* externos: a interioridade – para usar um termo que terá sentido em estágios mais evoluídos – se mistura a uma atividade protoperceptiva, com o resultado de uma significação um tanto bizarra no que tange ao adulto, fisiológica no recém-nascido. Sobre este tipo de operacionalidade se constroem os traços daquela operacionalidade que chamamos afetos. O sistema mnésico-representativo progride em sua construção, sempre mais articulada, produzindo uma progressiva simbolização e, com esta, construindo ulteriores capacidades símbolo-poiéticas. Nestes termos é concebido o inconsciente (Imbasciati, 2001d). Tal progressão permite uma leitura sempre mais articulada, com a qual o sistema se tornará aos poucos em condições de ler realisticamente aquilo que os *inputs* sensoriais lhe oferecem (portanto de perceber, em sentido próprio) e de distinguir estes (percepção de objetos) dos próprios produtos internos, em outros termos, distinguir o externo e o interno, o *dentro* e o *fora*, e no *dentro*, distinguir o que vem do corpo daquilo que sempre mais é produzido pela mente, a percepção da imaginação, a realidade dos próprios pensamentos.

A Teoria do Protomental descreve, pois, a construção de um sistema informático constituído por uma progressiva rede de correntes de significantes e de capacidade de ulterior símbolo-poiése, cada nível dependendo dos anteriores e condicionando os posteriores. A explicação de tal descrição remonta a quanto sabemos (das outras ciências da mente) sobre o aprendizado, a memória e a proliferação sináptico neuronal. Em especial emoldura-se a memória na contínua atividade de elaboração de traços sempre novos, na qual os mais antigos condicionam a estruturação dos novos e estes aqueles; na qual cada nível de operacionalidade, inclusive os mais antigos, permanece potencialmente sob as operacionalidades mais evoluídas. Fica assim explicado o permanecer da afetividade mesmo a mais primitiva (e de qualquer maneira inconsciente) sob e dentro de cada operacionalidade de tipo cognitivo, considerando nesta a grande massa de processamentos que acontecem em nível totalmente inconsciente. Opera-se um confronto desta concepção com a grade de Bion.

Pelo que concerne ao aprendizado, ou seja, à possibilidade de dar significados e de mantê-los dentro do sistema, a teoria salienta a indispensabilidade da relação: a qualidade da relacionalidade é traduzida em termos informáticos, como possibilidade, maior ou menor, contínua ao invés de descontínua, que têm os cuidadores de oferecer *gestalt* de comunicação capazes de favorecer (ou não favorecer) a formação de novos *engramas* na criança e, analogamente, nas relações afetivas entre adultos. Tal possibilidade se coloca em relação às circunstâncias

ambientais, mas, sobretudo, às capacidades inconscientes dos cuidadores, o que quer dizer estrutura afetiva.

Junto a uma sempre mais apurada e realística capacidade de leitura da realidade externa, desenvolve-se também uma capacidade de ler a realidade interna: não somente distingui-la suficientemente da primeira, mas também lê-la internamente diferenciadamente. É esta a capacidade reflexiva, em outros termos, ilustrada pelos trabalhos de Fonagy (Fonagy, 2001), (Fonagy; Target, 1997, 2001). O seu contrário é representado pela dimensão da alexitimia. Na minha teorização, a capacidade reflexiva está relacionada com o conceito de *permeabilidade intrapsíquica* e isto é explicado pela continuidade, ao invés da descontinuidade, da construção dos significantes progressivos na rede símbolo-poiética.

A progressiva construção da estrutura mental não é dada somente por progressões construtivas, mas também pela presença de uma operacionalidade contrária, destrutiva da símbolo-poiése e da harmoniosa continuidade da construção dos *engramas* progressivos. Este processamento inverso foi por mim denominado *autotomia*, na medida em que o sistema em construção, não somente pode se auto-construir, como também se auto-apagar, cortando (tomia=cortar) engramas sobre os quais teriam sido possíveis ulteriores construções. Esta atividade é especialmente intensa nos primeiros oito níveis de operações protometais por mim descritos. Peculiar em época neonatal, permanece durante todo o ulterior desenvolvimento. Este processamento autotômico é comparável à atividade antimental descrita por Bion e à sua alternância dialética com os processos construtivos e confrontada com a oscilação PS↔D. A explicação está na hipótese da anulação de proto-engramas suscetíveis de ulteriores construções, ou seja, de traços e, verossimilmente, conexões neurais, que teriam sido capazes de fornecer à mente novas possibilidades funcionais. A memória se constrói: e pode se autodestruir. Nestes termos descreve-se um metabolismo do desenvolvimento da estrutura mental, com um anabolismo e um catabolismo próprio, cujo correspondente neural não é difícil configurar.

Obviamente tudo o acima descrito acontece bem abaixo da conscientização; todos os processamentos e a processualidade da mente são substancialmente inconscientes. Aliás, a concepção originária do inconsciente constituída com base na pergunta de Freud *por que o inconsciente?* sofre uma revolução. A mente é essencialmente inconsciente; é necessário quando muito explicar por que nela aparece aquela dimensão que chamamos consciência (Imbasciati, 2001c). A emersão das capacidades de alguma consciência, com toda a sua falácia (ver a falácia da lembrança com relação às memórias), é epifenômeno de uma operacionalidade mental complexa, ainda a ser indagada, certamente coligada à estrutura construída, mas também aos processamentos do momento interpessoal em que acontece

e, de qualquer modo, não é um fenômeno dicotômico. Há todo um *continuum* de processos, aliás, de processamentos, nos quais de vez em quando pode acontecer *algum* fenômeno de *uma qualquer* consciência, e que interessam às operações protomentais, àquelas em especial que podem ser traduzidas com o que chamamos dinâmica afetiva.

A Teoria do Protomental toda ela contém referências, conceitos e termos das escolas cognitivistas, mas é substancialmente psicanalítica conforme tenho detalhado em minhas obras. Quase todos os conceitos psicanalíticos, sobretudo os dos últimos trinta anos, podem ser resolvidos e, em minhas intenções, esclarecidos em uma tradução em termos de aprendizado (relacional), de representação através da construção de memórias, em especial de memórias de funções de simbolização progressiva. O conceito de corrente símbolo-poiética e de rede símbolo-poiética indica que a otimização da construção do aparelho funcional reside em uma gradativa contigüidade da progressão dos engramas construídos, sem que os processos autotômicos intervenham mais do que o necessário para criar hiatos (buracos? silêncios?) na rede símbolo-poiética. Sobre a continuidade e contigüidade se produz uma adequada permeabilidade intrapsíquica. Esta, se ocasionalmente pode favorecer o emergir de alguma consciência, em geral permite ao sujeito um maior ou menor contato com seus engramas mais arcaicos, com sua vivência (usando uma expressão tradicionalmente psicanalítica) com as suas memórias, podemos dizer em termos de memória não equiparada à lembrança, talvez aqueles que Bollas chamou *estados do ser* ou *conhecido não pensado* (Bollas, 1987, 1992, 1999), com seus estados primitivos enfim na origem das construções das suas estruturas mentais.

Se, pelo contrário, a continuidade e contigüidade da progressão símbolo-poiética de um indivíduo foi mais ou menos dividida por processos autotômicos, alguns engramas, alguns traços do seu progredir em direção ao mental foram destruídos, aquilo que teria podido ser a construção de um certo engrama foi abortado. Poderemos ver, neste processo, o conceito bioniano de algo que teria podido se tornar pensamento e que não o foi. A autotomia é concebível sobre tudo na primeiríssima infância, na época neonatal, quando o sistema-mente constrói as suas próprias bases (e a proliferação sináptica é máxima), mas acontece também em épocas sucessivas. As memórias apagadas, ou de qualquer forma os traços nunca construídos, produzem lacunas de simbolização; um sujeito deste tipo não possui os engramas idôneos para adquirir certos significados que poderiam se propagar nas suas relações interpessoais.

A falta de continuidade e contigüidade da progressão construtiva de engramas que nos interessa diz respeito, sobretudo, às conexões dos engramas entre si (provavelmente certas sinapses) e, por consequência, à dificuldade ou impossibilidade do



sujeito de poder, retroativamente, com a ajuda de novas experiências, por exemplo a analítica, recuperar a possibilidade de possuir certos significados. Faltam-lhe os significantes, os engramas indispensáveis para a leitura. A compreensão de si mesmo, que pode ser oferecida por certas ocasiões existenciais, precisa de uma leitura de mensagens em múltiplos níveis, subverbais e pré-verbais e, portanto, pressupõe correspondentes engramas interiores. Sem estes, a compreensão das mensagens ofertadas torna-se parcial, esvaziada do seu efetivo significado; certos significados implicam uma leitura em vários níveis e esta acontece através de outro tantos engramas, cuja contigüidade permite uma compreensão e uma retenção efetiva.

Se a construção da rede símbolo-poiética está comprometida na sua continuidade e contigüidade (cada engrama pode gerar um ulterior engrama, com uma memória operacional é possível construir novas operacionalidades), o sujeito não pode entrar em contato, em compreensão, com os significantes e os significados anteriores àqueles que ainda é capaz de ler e possuir. A leitura é parcial, a aquisição inadequada. Em outros termos, um tal sujeito é incapaz de entrar em contato com os próprios níveis, por assim dizer, *mais* afetivos ou mais arcaicos. E nem lhe é possível usufruir novos *inputs* suplementares, como aqueles que se podem gerar com a análise, porque destes, com os quais o sujeito poderia constituir conexões e preencher vazios dentro da rede dos significantes, não há traços. Não se tem como, portanto, *ler* de verdade os mais úteis *inputs* oferecidos pela análise, mas somente enquadrá-los em um reconhecimento (do tipo racional) dos meros significantes verbais. Isto é produzido através da leitura operada por engramas mais evoluídos, sem que seja possível uma leitura contemporânea dos traços perdidos, com os relativos significados, que deveriam corresponder ao quanto em psicanálise pode ser chamado halo emotivo, ou afetivo<sup>4</sup>, de cada evento cognitivo, aquele halo que pode tornar a interpretação *mutatória*. A falta dos indícios em questão pode ser limitada, mas também extensa até abranger uma ausência de qualquer engrama capaz de originar alguma lembrança.

Creio que nesta base psicofisiológica se individualizam a gênese e a organização mental que caracterizam os pacientes chamados traumáticos e que esta mesma base pode ser considerada o denominador comum no qual focalizar o protótipo de paciente de que nos ocupamos. Como resulta evidente, com relação ao seu esquecimento, mesmo somente *afetivo*, não se pode falar de repressão; trata-se de uma autêntica falta de memória, considerando esta nos termos mais detalhados e ecléticos evidenciados pelas atuais e diversas ciências da mente e não

---

<sup>4</sup> Obviamente os analistas deverão acostumar-se a considerar que também os afetos têm a memória relativa: memória de funções operativas.

pelo significado restrito da lembrança. Os pacientes com lacunas de simbolização como aqueles acima referidos podem, inclusive, ter reminiscências, mas a *massa* da sua eventual lembrança não existe; foi perdida nos processos autotômicos, foi abortada na construção do seu sistema-mente

Há alguns anos fala-se sempre mais de psicanálise de patologias por *déficit*. O termo é amplo, mas com certeza tem no seu núcleo o *déficit* dos processos de simbolização, sobretudo se enquadrarmos tal expressão como aqui foi delineado: *déficit* pelas simbolizações não produzidas, *déficit* pela poiése que a estrutura não está em condições de produzir. Por isto certas estruturas, mesmo com a ajuda da análise, não se encontram em condições de produzir aquilo cuja capacidade poiética não foi construída. Paradigmáticos da patologia por *déficit* são, a meu ver, os pacientes denominados traumáticos. Mas talvez qualquer patologia por *déficit* contemple este defeito: a mente substancialmente, o inconsciente poderíamos dizer, é símbolo-poiése; pacientes traumáticos *são considerados* aqueles para os quais o analista foi capaz de conectar sua inabilidade ao trabalho analítico a um evento externo preciso, evento que *supostamente* traumatizou o *aparelho mental normal*.

\* \* \*

A partir do que se ilustrou poderia deduzir-se a impossibilidade de análise. Contra-indicação, se diria outrora. Na realidade é a nossa técnica analítica que precisa ser mudada. A interpretação no sentido clássico como explicitação verbal de dinâmicas interiores tem pouco ou nenhum sentido. Greenspan, em sua *developmentally based psychotherapy* (Greenspan, 1997), tem eloquentemente ilustrado, embora em um plano exclusivamente clínico e em termos diferentes dos meus, como, nas patologias por *déficit*, não se pode pretender que o paciente assimile as interpretações e que estas sejam mutáveis; ele não é capaz disso. O analista deve, portanto, assumir uma técnica similar à de um *cuidador* que ensina a pensar a uma criança de um ou dois anos. É necessário construir aquilo que no desenvolvimento da mente nunca foi construído. A terapia deve considerar o nível de desenvolvimento; não é possível ingenuamente pressupor que a interpretação revele eventos mentais removidos, porque estes nunca aconteceram. A mente do analista pode imaginá-los porque sua própria mente teve um bom desenvolvimento (ao menos se espera), mas há o risco de projetá-los no paciente.

As intuições *developmental* de Greenspan, ou seja, o subjacente conceito de construção, se ajustam bem à textura teórica aqui esboçada. O paciente com *déficit* de simbolização não tem condições de captar o halo semântico de uma interpretação, não pode entender o *sentido* da verbalização (seu conteúdo interno),

pode somente concordar, freqüentemente de modo enganador para o analista. A interpretação pertence a uma série de inferências operadas pela mente do analista porque a sua mente tem esta capacidade, isto é, no nosso quadro, os engramas daquelas funções mentais que permitem a operacionalidade característica da intuição e da inferência que o analista faz. Ele junta o próprio impacto emotivo e aquele percebido pelo paciente a uma certa frase, expressada no momento certo, com as palavras certas e o tom apropriado. Uma tal *conjunção* é possível porque ele possui os engramas relativos de conjunção em continuidade e contigüidade. Estes, porém, não podem ser lidos pelo paciente porque este não os possui. Será necessário, eventualmente, construí-los. Não se trata de uma reconstrução, mas de uma construção *ex-novo*. O analista tentará individuar o caminho da símbolo-poiése daquele paciente no qual há mais vazios e nestes tentará uma construção. O exemplo mais simples é justamente aquele relativo a um *cuidador* que cuida de um recém-nascido, ou de uma criança de poucos meses, e que, com as suas capacidades de *reverie*, devolverá à criança que não sabe pensar *objetos pensáveis*. Tal expressão bioniana corresponde em minha teorização à construção de engramas faltantes: significantes de significados (afetivos ou, talvez melhor, pré-afetivos) nunca possuídos.

Neste quadro, nesta sede, apresentarei dois trechos clínicos.

1. Z. É uma mulher que resolve fazer análise aos trinta e sete anos. Solteira, profissional bem-sucedida e empresária autônoma, percebe ter conduzido uma vida sem afetos, assoberbada de trabalho. Vive sozinha, perfeitamente auto-suficiente. É de humor sempre alegre; em tudo é otimista, embora reconheça que a sua vida é um fracasso e que o seu trabalho, apurado, vivo, intenso e inteligente, por uma intrincada vicissitude afetiva, é quase totalmente transferido a favor de uma tia. Após mais ou menos um ano de análise (três sessões) que parece muito profícuo, conscientiza-se da sua situação e ilustra para mim projetos de vida e de trabalho muito lúcidos: sabe o que quer e como fazer, quer no plano profissional, quer no plano relacional e amoroso, e sabe como resolver a condição de exploração laboral. Desenvolve uma intensa transferência, antes erótica, depois, ao longo dos anos, decididamente filial e extremamente afetuosa. Mas tudo o que se propõe e projeta não é feito. Nunca chora, a não ser uma vez quando decidiu interromper a análise, voltando, porém, na semana seguinte.

Na sua anamnese há um período de vida dos dez aos dezoito anos em que, por motivos de estudo, foi colocada em um colégio (de freiras) longe da família para a qual podia voltar somente em três períodos do ano. O evento é relatado pela paciente como bem tolerado e pouco significativo. A análise parece desenrolar-se da melhor maneira e a paciente mostra notáveis capacidades de *insight*. Porém

várias vezes se repete um fato característico: na véspera de passos significativos para freqüentar pessoas, procurar um companheiro, encerrar a exploração econômica, a paciente me apresenta esses atos como quase efetuados, para a seguir, nas sessões sucessivas, falar de outros assuntos, até que percebo que nada fora feito; ao contrário ela fez algo que a ligou ainda mais às suas estagnantes condições de vida.

*A posteriori*, ou seja, por ocasião da sessão na qual, aproveitando uma conversa sua, posso pedir-lhe esclarecimentos sobre o que aconteceu, Z mostra-se maravilhada com a pergunta e esquece totalmente quanto tinha sido elaborado, quanto ela queria fazer e de qualquer possível interpretação. Conscientizando este fato, nas sessões sucessivas reconhece ter completamente esquecido quanto tinha emergido na análise e, ao mesmo tempo, faz de tudo para recuperá-lo. Mas as suas lembranças de sessões anteriores, embora nítidas, permanecem impessoais. Reconhece ter tido condutas totalmente opostas ao que ela se havia proposto ou até planejado fazer e mostra-se contrariada e constrangida. Reconhece ter agido automaticamente sem pensar e que o fato (ter agido) indica a sua incoerível tendência a manter o *status quo* e a afastar-se dos sentimentos e das emoções. Em sessões posteriores parece retomar contato consigo mesma e comigo e recuperar o que parecia perdido. Mas, depois de alguns meses, o ciclo se repete. Após os primeiros dois anos, a análise passou para quatro sessões e a mudança tornou mais acentuada tanto os momentos positivos quanto os negativos, alongando o ciclo, que se repetia.

Então, pensava eu, seus *insights* se apagavam. Ou talvez nunca tivessem existido desta forma e eu tinha me enganado? Todavia, no período *bom* do ciclo, me parecia que havia um ótimo contato e capacidade da paciente de elaborar, assimilar, de se reestruturar. Sentia-me participante e a sentia participante. Mas inexoravelmente, muitas vezes na ocasião de separações (férias), recomeçava o ciclo, não obstante o problema da separação fosse enfrentado cada vez e antes e depois. E assim a análise foi adiante durante anos. O quê, então, não estava funcionando? A coincidência do *ciclo* com as separações e o fato que, mesmo depois da recuperação, a paciente não demonstrasse ter sofrido e também o dado anamnésico do colégio, sobre o qual Z deslizava sempre em suas sucintas lembranças, aludindo que tudo tinha corrido bem, levaram minha atenção exatamente àquele período da sua vida e a situações análogas em idades anteriores.

Z inicia agora a contar que, quando ainda era menor, o pai nunca estava em casa e que a mãe muitas vezes saía deixando-a com as tias ou as avós e fala da irmãzinha que quebrava todos os brinquedos dela. Reconhece sofrimentos e ciúmes ou parece que o faz, mas não manifesta rancores. Aos poucos, porém, minha técnica de intervenção muda. Permaneço bastante em silêncio, limito-me

a anuir com interjeições várias ao que diz e, de vez em quando, comento seus estados de ânimo: atrações sexuais, raivas, rancores e, sobretudo, solidão. Não faço interpretações de transferência, como antes durante longo tempo, mas verbalizo de modo muito parco os sentimentos que me parece lógico que ela tenha para com os outros nas várias vicissitudes da vida cotidiana. Utilizo minha contratransferência para aprovar, anuindo sem falar a eventualidade dos seus sentimentos, sobretudo negativos. Sinto que ela precisa de uma aprovação, mas sobretudo da minha identificação naquilo que faz em sua rotina cotidiana.

Esta minha mudança não me resultava fácil, porém. Enquanto as interpretações de transferência tinham sempre causado, e ainda causavam, entusiasmas adesões, que pareciam de verdade sacudir as emoções da paciente, este outro tipo de intervenção parecia ao contrário cair no nada. Mas tinham-se passado alguns anos nos quais pude perceber que, com o precedente tipo de trabalho, as emoções que emergiam eram depois perdidas e não se produziam mudanças no estilo de vida de Z. Persisti, portanto, na minha segunda técnica. Sentia-me como se devesse acudir uma criança que queria brincar sozinha. Enquanto isso, naqueles anos, elaborando a minha teoria, percebia o quanto esta podia me ajudar neste caso. A paciente parecia agora ter dentro de si algum traço mnésico, construído com a análise, que a havia tornado capaz de reconhecer as suas emoções: emoções de adulta, porém, mesmo se do tipo infantil, emoções não infantis como se supunha que deveriam ter tido lugar em sua infância. Emoções de uma adulta para com uma hipotética criança, não emoções de criança. Além do mais, este patrimônio mnésico-emotivo, que ora emergia, precisava ser confirmado pela minha presença. Isto podia também acontecer no quadro, para ela extraordinário, da análise vivenciada com minha presença atenta e contínua, mas as quatro sessões com as quais procedíamos há anos pareciam não bastar para preencher o vazio entre elas. Z. conseguia experimentar sentimentos nunca antes vividos, mas fora da sessão, sozinha nos eventos do cotidiano, estes pareciam desvanecer-se sem constituir o suporte para uma conduta congruente com aqueles. O seu reconhecimento era devido a ter aprendido a ler aquilo que acontecia entre ela e eu *no aqui e agora* da sua mente adulta, comigo, enquanto juntos enfatizávamos com uma criança. Mas fora da sessão, a paciente não podia ser aquela criança. Sem mim ela podia, de algum modo, lembrar pensando em mim, mas nos eventos da vida cotidiana, desenfreada, quando não tinha espaço para pensar em mim, qualquer indício de tudo que parecia ter-se estruturado dentro dela junto comigo parecia desvanecer-se.

Eu pensava a que ponto minha presença atenciosa podia tê-la ajudado a adquirir engramas mais profundos dos verbalizáveis, mas não aqueles ainda mais primitivos, inerentes a sua solidão de criança, quando não havia ninguém pre-

sente, estes engramas que deviam mesmo ser gerados, mas que logo tinham sido autotomizados ou, melhor, que se formavam, mas eram abortados ao nascer. Z era agora uma adulta sensível, mas não tinha ainda engramas para viver como criança a sua solidão nos intervalos entre as sessões. Eu deveria, talvez, estar sempre ao seu lado em sua vida diária enquanto ela estava com outros assim como uma mãe com uma criança de três ou quatro anos.

Continuei, pois, na postura acima referida, incentivando-a a falar sobre o que fazia no cotidiano, acudindo-a, na sua narração durante a sessão, com os sinais da minha presença. Aos poucos Z iniciou a falar diversamente da sua infância, da mãe que ia embora, do pai que nunca estava em casa, da irmãzinha que capturara todas as atenções dos pais e dos parentes (enquanto ela era considerada *grande* e portanto não precisava) e sobretudo do colégio: das esquilidas jornadas, principalmente nos feriados, que ali devia passar. E da irmã agora felizmente casada, conseqüentemente invejável, e da tia. Começou a externar rancores, antes de maneira asséptica e sarcástica, mas *acompanhando esta*, depois e aos poucos, com sentimento.

Falar da sua vida cotidiana estava se tornando ser capaz de vivenciá-la e vivê-la sentindo-me presente em efígie também entre uma sessão e outra. O meu tipo de trabalho, o meu ser partícipe em cada momento do seu dia fazia-lhe provavelmente aprender aquilo que eu sentia e isto a ensinava a sentir. Obviamente o meu ensino não podia ser casual, nem asséptico e nem sequer *de adulto*: eu usava as minhas capacidades de *reverie*, mas sobretudo tomava cuidado com o que restituir, não mensagens muito evoluídas que não teria condições de aprender porque não tinha os meios para lê-las, mas mensagens elementares, como aquelas que podem ser dadas a uma criança entre os dez e os trinta meses.

A análise prossegue. Creio que Z. está aprendendo não somente a sentir como uma adulta em condições de *entender* as crianças, mas também a construir engramas mais remotos, de uma criança. Atualmente a paciente se liberou da condição de exploração econômica, comprou uma casa, dedica a si muito tempo livre para procurar *alguém*. Mas há ainda muito trabalho a ser feito.

O assim chamado trauma, então, embora ligado a eventos históricos reais (oito anos de colégio), não pode dizer-se *causado* por estes. Uma rede de acontecimentos relacionais anteriores tinha impedido que a paciente aprendesse aquelas coisas de si que as crianças aprendem e, sobretudo, havia favorecido uma tendência contínua à supressão de qualquer sentimento, a uma autotomia daqueles que teriam podido ser os *pensamentos* nascentes (afetos), sobre os quais depois construir outros. Sobre este *déficit* primário foi se implantando a experiência do colégio. A atenta consideração desta experiência abriu caminho a uma mudança,

mas a pesquisa não podia ser mediada por linguagens evoluídas, nem tampouco pelas palavras. O caso mostra os riscos, para o analista, de confiar demais no quanto lhe mostra um paciente que parece evoluído, cuja complacência na análise pode ser autêntica, porém sem raízes.

2. R. tem atualmente sessenta e quatro anos. Sua infância foi muito cuidada, parece, pelos pais, avós e governantas carinhosas. Com ótimo e precoce êxito escolar entre os quatro–sete anos, desenvolve na puberdade uma síndrome psicótica delirante *à poussées*, por um período de quatro–cinco anos. Curada com fármacos, com algum eletrochoque, depois com psicoterapia (os pais tinham condições econômicas e eram evoluídos para aquela época), por volta dos dezoito anos a síndrome psicótica parece desaparecer, deixando como resíduos um caráter obsessivo e bloqueio nos estudos. Faz análise por seis anos com uma colega qualificada e, durante a análise, se forma (obtém um diploma difícil) e consegue um trabalho. Depois de nove anos desde o fim da análise, procura sua analista e não se sentindo à vontade com ela, passa a analisar-se comigo. Tem dificuldades no trabalho e mostra um mal-estar geral. Apresenta uma estrutura obsessiva penetrante e tenaz, um enorme afastamento de qualquer emoção. Trabalhamos durante oito anos (três sessões), durante os quais consegue ter as primeiras relações sexuais, uma companheira e a dedicar-se, abandonado o trabalho dependente, ao gerenciamento da grande empresa familiar com um discreto sucesso que causa o encerramento desta segunda análise. Mas volta a mim aos cinqüenta e cinco anos. A empresa faliu no meio de um grande numero de ações judiciais que agora ocupam, com um alibi mais válido, suas obsessões.

Depois de mais alguns anos, agora com cinco sessões, durante as quais ele consegue manter-se em estado de relativo equilíbrio e já falar de concluir a análise, perante o seu insistente pedido de continuar alguma psicoterapia, resolve passar para duas sessões *vis à vis*. Nesse tempo eu havia amadurecido a experiência teórico-clínica que agora discuto. Resolvi então manter-me muito silencioso e fazer-lhe somente eco com breves comentários, ou mais frequentemente com expressões da face e dos meus gestos às suas elucubrações. Esta mudança técnica levou à emersão de eventos novos.

Revelou-se que o paciente tinha sempre sofrido de encoprese: uma pequena quantia de fezes ficava, cada vez, nas suas cuecas e sua atividade de evacuação, anal e uretral, era objeto de minuciosos rituais que ocupavam boa parte do seu dia. Análogos rituais aconteciam para a alimentação. Tinha que controlar aquilo que entrava e aquilo que saía. Neste quadro entendi sua enorme resistência às interpretações até então escondida sob um modo típico seu de aceitar a interpretação,



revirá-la dentro de si, rediscuti-la e evacuá-la para a sessão sucessiva. Tinha que controlar o que entrava na sua mente. E entendi também o sentido do seu argumentar e resmungar obsessivos: devia controlar qualquer pensamento que saísse da sua cabeça. Não concebia que o *pensamento* vem do pensar; tinha ao contrário a idéia de ser ele, voluntariamente, que o fabricava com uma espécie de superpensamento fiscal e com o alerta que, da sua mente, pudesse sair um pensamento não agradável, perigoso.

Entendi também um problema que permanecera até então incompreensível, a impossibilidade de se masturbar, por trás da qual havia uma espécie de terror (cuja emoção não era percebida) daquilo que podia sair do seu pênis. Na relação sexual, ao invés, a vagina da mulher dava-lhe a segurança de que aquilo que racionalmente sabia que saía não saía porque ele não o via. Intuí, ainda que ele não sabia distinguir o que saía do seu corpo: fezes, urina, esperma. Nem sabia de onde, ou seja, não tinha a sensibilidade normal diferenciada do anus a respeito da uretra e, nesta, a diferença entre micção e ejaculação. Não sentia sensações especificamente sexuais; constatava a ereção visualmente, ou de modo tátil pelo vulto, mas não advertia as modificações do seu pênis. Relatou ejaculações em circunstâncias não sexuais (mas verossimilmente emotígenas), ignorando se havia ereção ou não. Revelou, enfim, uma grande não diferenciação do reconhecimento das várias sensações do seu corpo. Idêntica confusão se verificava com os pensamentos, não diferenciava a mente da cabeça, ou melhor, a mente era equiparada a um órgão a ser controlado como outros órgãos do corpo. mas, como os outros órgãos, sem a adequada sensibilidade.

Durante este último ano, R, que há vários anos cessara qualquer relacionamento sexual com sua companheira, anciã e doente, com a qual tem, mesmo assim, mantido uma relação de semiconvívio, começa a freqüentar prostitutas, preferindo a freqüência de uma que lhe parece mais partícipe. Nestes relacionamentos ele consegue se dar conta da confusão entre as diferentes atividades sensórias do seu períneo, mas não consegue senti-las ou distingui-las. Não sabe o que é o prazer sexual, fica somente satisfeito por fazer o ato e, quando muito, por constatar que a mulher tem orgasmo. Paralelamente toma conhecimento, sempre de modo racional, que equipara o pensamento a uma excreção corpórea a ser controlada e que os seus rituais, alimentícios ou outros, que antes justificava com os argumentos mais variados, dizem respeito a um controle seu e que o seu resmungar pensamentos obsessivos (sobre o que fazer ou não fazer, projetar, decidir, etc.) é uma forma de controle ilusório do seu pensar. Consegue também presumir que, atrás desta necessidade incoercível, há um alarme devido a um perigo qualquer que precisa evitar. Não sente nada todavia.

Neste paciente não há qualquer indício de um possível trauma devido a eventos históricos, contudo há um enorme defeito de simbolização, que investe níveis muito mais primitivos daqueles individualizados no caso anterior. R. não tem representações corpóreas, não tem engramas elementares com os quais reconhecer e distinguir as aferências das várias partes do seu corpo. E isto não somente para as partes urogenitais, também em seus músculos tem inadequadas representações motor-proprioceativas: ele os controla visualmente. Disto tinha derivado uma psico-motricidade de robô que somente agora está se dissolvendo. A sua voz era possante, recitada, agora vem se tornando adaptada à conversação. Paralelamente a estas mudanças, R. se conscientiza de ter considerado aquilo que pensava e dizia como se fosse um produto a ser controlado; seu pensamento parece hoje um pouco mais livre e também a voz. Entretanto, precisa ainda *sentir*, e não tanto os afetos (quem sabe chegaremos a isso, mesmo se R, atualmente e com frequência chora nas sessões) e sim sensações!

Tudo que se conseguiu até o momento creio que foi devido à mudança de técnica, conseqüente a ter em mente minha teoria. Através desta eu era ajudado a sentir que o nível deste paciente situava-se mais ou menos entre os seis e dezesseis meses. Ele precisava aprender seu próprio corpo e, por conseguinte, sua mente. A técnica não consistiu, pois, simplesmente em limitar as intervenções e comentários, mas também num diálogo visual e gestual e, do ponto de vista verbal, em precisar-lhe seus acontecimentos corpóreos, íntimos, como quando se ensina a uma criança a se mover, a comer, a olhar, a fazer cocô e xixi.

Estou usando com este paciente uma técnica com certeza pouco tradicional; os resultados não me parecem modestos, considerada a gravidade do caso e inclusive o insucesso, meu e de colegas precedentes, em sanear um pouco mais a situação. As lacunas da sua *memória* referem-se aos engramas relativos às distinções mais elementares, como aquelas entre as aferências externas e as corpóreas, e às diferenças destas entre si em relação à proveniência corpórea, e ainda às diferenças primitivas entre o que é um *input* sensorial e o que é um produto da mente eventualmente construído sobre tais aferências, como por exemplo na sexualidade. O trabalho de fazê-lo aprender, agora aos sessenta e quatro anos, aquilo que não aprendeu nos primeiros anos de vida é bastante árduo, e preciso manter-me muito atento ao que lhe acontece (*reverie*) na sessão, sobretudo quando falo alguma coisa, ou lhe faço qualquer gesto.

Um diagnóstico fácil de *estrutura psicótica* não diz nada, senão que a mente deste paciente funciona muito diferentemente de como esperamos que funcione uma mente assim chamada normal. Minha teorização permitiu-me, pelo menos neste caso, mas não somente, enquadrar a estrutura de muitos pacientes, graves ou mais

o menos graves, em termos de *déficit* das simbolizações protomentais, nos níveis do desenvolvimento psíquico inicial para os quais muitos autores não usam o termo *simbolização*. Trata-se das mais elementares distinções que a mente nascente deve ser capaz de operar, mas para essa operatividade são necessárias ordens diferentes de representabilidade, isto é, proto-símbolos, aqueles, por exemplo, com os quais se pode discriminar o próprio corpo do ambiente circunstante, o dentro/fora do próprio corpo, um primeiro eu de um não eu, no próprio corpo as várias ordens de aferências, a sua procedência de área, o seu constituir-se em sensações específicas reconhecidas e também a diferenciação entre interno/mental e corpóreo/externo. Frequentemente há *déficits* parciais, não diretamente ou facilmente observáveis, porque mesmo com tais lacunas, o sujeito pôde construir a sua ulterior e mais complexa simbolização, mas de modo particular, para as quais derivam as funções (comportamentos) incongruentes que constatamos.

Ter na mente a teorização aqui ilustrada pode, a meu ver, tornar o analista mais atento na procura de níveis mais elementares das perdidas simbolizações, ao invés de engajar-se em eventos psíquicos para os quais uma reestruturação é de todo impraticável se não for dirigida à reconstrução, ou melhor, construção das suas raízes primária.

Frequentemente *déficits* deste tipo estão subjacentes naqueles pacientes que não conseguem, com a análise, se reestruturar em um nível aceitável e permanecem com algum inconveniente nas suas condutas e no seu estilo de vida. Sobre estes aspectos pode ser útil uma atenta consideração do analista sobre *o que há debaixo desta estrutura que conseguimos reestruturar somente em parte*, não só pensando suas angústias e defesas, mas algo muito mais elementar.

Os *déficits* de que falo podem ser originados por uma infinidade de eventos internos, dificilmente, se não genericamente, coligáveis a eventos relacionais. Falar, portanto, de trauma com seu halo semântico de *algo que lesionou algo* tem pouco sentido a meu ver. Poderíamos, por exemplo, chamar de traumático o segundo dos casos aqui apresentado? Reenvio às considerações precedentemente expostas. □

## Abstract

### **An explanation of the trauma's genesis in the frame of the Protomental's theory**

Many authors characterize trauma as the unrepresentability (complete or partial) of psychic events. This paper offers an *explanation* of the characteristic *descriptions* on which many authors have concentrated. The concept of representation (and

representability) is defined in the context of my personal theory – the theory of the Protomental – which I have been developing over the last twenty years. The genesis of trauma can be conceptualised in this context as a defect in the construction of the symbolopoietic network constituting the functional structure of the relevant individual's mind. This defect involves the erasure (autotomy) of memories and, in particular, of memories of functions and connections between memories. It is not a matter of repression, but of the actual absence of memory.

Keywords: Trauma. Protomental Theory. Representability.

## Resumen

### Una explicación de la génesis del trauma en el marco de la Teoría del Protomental

Muchos autores caracterizan el trauma como irrepresentabilidad (completa o parcial) de los eventos psíquicos. Este trabajo ofrece una explicación de las descripciones características sobre las que muchos autores se han concentrado. El concepto de representación (y representabilidad) se define en el contexto de mi teorización – la teoría del protomental – que vengo desarrollando a lo largo de los últimos veinte años. La génesis del trauma puede conceptuarse, en este contexto, como un defecto en la construcción de la red símbolo-poiética que constituye la estructura funcional de la mente relevante del individuo. Este defecto implica en el borramiento (autotomía) de memorias y, en particular, de memorias del funcionamiento y de conexiones entre memorias. No se trata de un modo de represión, sino de una real ausencia de memoria.

Palabras llave: Trauma. Teoría del protomental. Representabilidad.

## Referências

- BALINT, M. (1969). Trauma and object relationship. *Internat. J. Psychoan.* v. 50, p. 429-436.
- BOLLAS, C. (1987). *The shadow of the object*. London: Free Ass. Books [trad. It. *L'ombra dell'oggetto*, Roma: Borla, 1989].
- . (1992). *Being a character*. New York: Straus and Giroux [trad. It. *Essere un carattere*, Roma: Borla, 1995].
- . (1999). *Il mistero delle cose* (it. coll.). Milano: Cortina.
- BONFIGLIO, B. (1996). Il trauma tra Freud e Ferenczi, *Riv. Psicoan.* v. 42, p. 629-647.
- . (1997). Evoluzione del concetto di trauma e sua utilità nella clinica. *Riv. Psicoan.* v. 43, p. 583-606.

- FONAGY, P. (1999). Memory and therapeutic action. *Internat. J. Psychoan.* v. 80, n. 2, p. 215-222.
- . (2001). *Attachment theory and Psychoanalysis*. New York: Other Press [trad. It. *Attaccamento e psiconalisi*. Milano: Cortina, 2002].
- FONAGY, P.; Target, M. (1997). Attachment and reflective function. *Developmental Psychopathology*. v. 9, p. 679-700.
- FONAGY, P.; Target, M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva* (it. coll.). Milano: Cortina.
- GARLAND, C. (1998). *Understanding trauma*. London: Karnac Book. [trad. It. *Capire il trauma*, Milano: Bruno Mondatori, 2004].
- GIACONIA, G.; RACALBUTO, A. (1997). Il circolo vizioso trauma-fantasma-trauma. *Riv. Psicoan.* v. 43, p. 543-558.
- GREESPAN, S. (1997). *Developmentally based Psychotherapy*. New York: Mc Graw Hill [trad. it. *Psicoterapia e sviluppo cognitivo*. Bologna: Il Mulino, 1999].
- IMBASCIATI, A. (1994). *Fondamenti psicoanalitici della psicologia clinica*. Torino: Utet Libreria.
- . (1998). *Nascita e costruzione della mente*. Torino: Utet Libreria.
- . (2001a). Quale inconscio? La costruzione dei processi di simbolizzazione. *Psichiatria e Psicoterapia Analitica*. v. 20, n. 2, p. 125-142.
- . (2001b). Scienze Cognitive e psicoanalisi: una possibile convergenza, *Riv. Psicoan.* v. 47, n. 2, p. 321-345.
- . (2001c). Que Incosciente? *Revista de Psicanálise da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre*. V. 8, n. 1, p. 65-88.
- . (2001d). The Unconscious as Symbolopoiesis. *Psychoan. Rev.* v. 88, p. 837-873.
- . (2002a). Ciências cognitivas e psicanálise. *Revista Brasileira de Psicanálise*. v. 36,n.1, p. 9-31.
- . (2002b). An explanatory theory for Psychoanalysis. *International Forum of Psychoanal.* v. 11, n. 3, p. 173-183.
- . (2002c). Rileggendo un cognitivista: considerazioni di uno psicoanalista, *Riv. Psicoan.* v. 48, n. 3, p. 567-596.
- . (2002d). Una lettura psicoanalitica sulle scienze cognitive. *Psichiatria e Psicoter. Analitica*. v. 21, n. 3, p. 199-216.
- . (2002e). A psychoanalyst's reflections on rereading a cognitivist. *Psychoan. Rev.* v. 89, n.5, p. 595-630.
- . (2002f). Uma leitura psicanalítica das ciências cognitivas. *Revista de Psicanálise da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre*. v. 9, n. 2, p. 177-201.
- . (2003a). *Nascimento e construção da mente*. Lisboa: Climepsi.
- . (2003b). *Naciencia y construccion de la mente: la Teoria de lo Protomental*, Buenos Aires: Lumen.
- . (2003c). Cognitive Sciences and Psychoanalysis: a possibile convergence, *Journal of American Academy of Psychoanalysis*. v.31, p. 627-643.
- . (2004a). Um suporte teórico para a transgeracionalidade: a Teoria do Protomental. *Revista Brasileira de Psicanálise*. v. 38, n. 1, p. 181-201.
- . (2004b). Proposta per una teoria esplicativa in psicoanalisi. *Riv. Psicoanalisi*. v. 5, n. 2, p. 351-372.
- . (2004c). A theoretical support for transgenerationality: the Theory of the Protomental. *Psychoanalytic Psychology*: v. 21, p. 83-98.
- . (2005). *Psicoanalisi e Cognitivismo*. Roma: Armando.
- . (2006a). *Constructing a mind: a new basis for psychoanalytic theory*. London: Routledge.
- . (2006b). *Il sistema protomentale*. Milano: LED.
- IMBASCIATI, A.; CALORIO, D. (1981). *Il Protomentale*. Torino: Boringhieri.

- IMBASCATI, A.; MARGIOTTA, M. (2004). *Compendio di Psicologia per gli Operatori Socio-sanitari*. Padova: Piccin.
- KHAN, M. (1963). The concept of cumulative trauma. *Psychoan. Study Child*. v.18, p. 286-306. [trad. it. In AA.VV., *Lo spazio privato del Sé*, Torino: Bollati Boringhieri, 1974].
- KRIS, E. (1955). *Recupero di ricordi dell'infanzia in psicoanalisi*. In: Kris E. *Scritti*, (it. Coll). Torino: Boringhieri, 1977.
- LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.B. (1967). *Vocabulaire de la Psychanalyse*. Paris: P.U.F. [trad. It. Enciclopedia della Psicoanalisi, Bari: Laterza, 1967].
- MAIELLO, S. (1998). Trauma prenatale e autismo. *Richard and Piggle*. 6(3), p. 271-292.
- MODELL, A. H. (1984). *Psicoanalisi in un nuovo contesto*. Milano: Cortina, 1992.
- TURCHI, G. P.; Perno, A. (2002). *Modello medico e psicopatologia come interrogativi*. Padova: Upsel.
- TUTTÉ J.C.(2004). The concept of psychical trauma: a bridge in interdisciplinary space, *Int. Journal of Psychoanalysis*, 85, p.897-921.
- VALLINO, D. (2002). Percorsi clinico-teorici sul trauma. *Riv. di Psicoanalisi*. v. 48, p. 5-22.

Recebido em 10/11/2005

Aceito em 25/01/2006

Tradução de **Janisa Antoniazzi**

Revisão técnica de **Paulo Seganfredo e César Luis de Souza Brito**

**Antonio Imbasciati**

Via Célio 2, 20148 – Milão – Italia

e-mail: imbascia@med.unibs.it

© Antonio Imbasciati

Versão em português Revista de Psicanálise – SPPA