

1,65

M214p Mahler, Margaret
As psicoses infantis e outros estudos. Trad. de Helena
Mascarenhas de Souza. Porto Alegre, Artes Médicas, 1983.
157 p.

1. Crianças-Psicanálise. 2. Psicanálise. I. Souza, Helena
Mascarenhas de trad. II. Título.

18. CDD 616.928914
CDU 615.851.1-053.2

(Bibliotecária responsável: Mercedes Mangeon Gonçalves CRB/10-45)

MARGARET
MAHLER

AS PSICOSES INFANTIS

e outros estudos

Tradução:

HELENA MASCARENHAS DE SOUZA

Supervisão da tradução:

NAMUR I. DA COSTA

Especialista em Psiquiatria pela ABP

Professor de Psicologia Médica

e de Psicopatologia Geral na

Universidade Católica de Pelotas



3ª edição

PORTO ALEGRE/1989

Sobre a psicose infantil e esquizofrenia: psicoses autística e simbiótica da infância (1952) 2

A psicose parece constituir melancólica prerrogativa da espécie humana e não acomete apenas o adulto. Os animais nascem com seus instintos bem desenvolvidos, o que garante sua sobrevivência individual e independente logo após o nascimento. No recém-nascido humano, entretanto, esses instintos animais (em termos de senso de orientação) estão atrofiados e precários e, como Freud estatuiu, o ego tem de assumir o papel de adaptação à realidade negligenciado pelo id. O corolário somático do desenvolvimento do ego é o sistema nervoso central, em estado bastante imaturo ao nascimento. O neonato aparenta ser um organismo quase puramente biológico, apresentando respostas instintuais aos estímulos, não em nível cortical, mas num nível essencialmente reflexo e talâmico. Existem apenas mecanismos somáticos de defesa, que consistem em reações de descarga e extravasamento, enquanto a inibição cortical ainda não está desenvolvida. Sendo assim, podemos dizer que ao nascimento existe apenas um ego rudimentar, incapaz de reter os estímulos em qualquer grau de tensão, ou ainda, que durante um período comparativamente longo da vida extra-uterina ocorre o predomínio de uma fase indiferenciada do desenvolvimento da personalidade (Hartmann, Kris e Loewenstein, 1946). A relação psicobiológica de dependência entre a mãe alimentadora e o bebê complementa o ego indiferenciado da criança. Esta empatia normal por parte da mãe é o substituto humano para o instinto que, no animal, cumpre papel fundamental na luta pela sobrevivência. Dentro de um sistema quase fechado ou unitário, a mãe executa provisões de vital importância, sem as quais o bebê humano seria incapaz de sobreviver. O relacionamento intra-uterino de hospedeiro-parasita deve ser substituído no período

Esta é uma versão revisada de um estudo apresentado ao 17º Congresso Psicanalítico Internacional, agosto de 1951, Amsterdam. Reeditado de *Psychoanalytic Study of the Child*, 7: 286-305.

pós-natal através do envolvimento da criança, por assim dizer, pela matriz extrauterina dos cuidados maternos, uma espécie de *simbiose social*.

O bebê reage prontamente através de explosões afetivomotoras que, se não mitigadas pela mãe, podem resultar num estado de angústia organísmica. Esta angústia organísmica é fenomenologicamente semelhante às reações de pânico da vida ulterior. Um segundo estágio de sua insuficiência homeostática seria o bebê esgotar sua energia vital, caindo em semi-estupor, reminiscência de sua existência fetal (Ribble, 1941). O recém-nascido e o bebê necessitam ultrapassar gradualmente sua tendência a uma regressão vegetativa esplâncnica, sua tendência a recair dentro de um estado de exaustão estuporosa, para atingir crescente consciência e crescente contato com o ambiente que os cerca (Greenacre, 1945a; Spitz, 1946b). Em termos de energia ou catexia libidinal, isto significa que tem de ocorrer um progressivo deslocamento de quantidades de energia desde o interior do corpo (principalmente dos órgãos abdominais para a periferia), de modo que o sistema perceptivo consciente — a casca periférica do ego, como Freud chama a superfície do corpo, que contém os órgãos dos sentidos — possa receber a catexia. A mudança de uma consciência predominantemente proprioceptiva para uma consciência crescentemente sensorial do mundo externo ocorre através da relação afetiva com a mãe. A libido do bebê transfere-se, assim, de um estágio de narcisismo fetal para um narcisismo corporal primário, estágio no qual a representação do corpo materno desempenha importante papel. Desse modo, repetindo, o equipamento homeostático rudimentar e muito vulnerável do bebê precisa ser envolvido, após o nascimento, pela matriz, agora extrauterina, dos cuidados da mãe ou de sua substituta.

O ego corporal nas psicoses infantis

A essência do desenvolvimento do ego, a primeira orientação para a realidade externa, é a diferenciação da imagem corporal, ou seja, a representação psíquica do próprio corpo (Schilder, 1935). Ultrapassado certo ponto o bebê não pode, de forma alucinatória, providenciar por si mesmo as experiências de gratificação que se sucedem regularmente ao acúmulo desprazeroso de tensão no interior do corpo. Através dessas experiências ritmicamente recorrentes, a criança, aos poucos, torna-se vagamente consciente de que sua satisfação depende de fonte externa ao seu próprio corpo. Dessa forma o bebê reconhece uma órbita além dos domínios do *self*, ou seja, uma realidade externa representada pela mãe. Um contato corporal com a mãe, através de abraços e carícias, é pré-requisito fundamental para uma demarcação entre o ego corporal e o não-*self*, dentro do estágio de simbiose somatopsíquica da unidade dual mãe-bebê. Sob circunstâncias normais, o bebê não só trata partes da mãe como se fossem suas próprias, mas, como Anna Freud e Dorothy Burlingham (1944, p. 7) assinalaram: "Presumimos, baseadas em muita evidência,

que o sentimento da criança, de unidade com o corpo da mãe, encontra um paralelo no sentimento da mãe de ser o bebê um seu prolongamento". Em termos de catexia libidinal e agressiva isto significa que os instintos do bebê fazem uso vicário do corpo da mãe, particularmente dos olhos, face, boca, mãos e peito. Suas experiências com a percepção do corpo da mãe, ele as compara com a percepção do próprio corpo. Entretanto, essa aprendizagem de que o próprio corpo é separado do corpo materno indica tanto um grau relativamente alto de diferenciação do ego como uma habilidade em neutralizar e direcionar a agressão e também uma consciência sensorio-perceptiva do meio, relativamente avançada. Esta vaga discriminação sensorial, representativa de um grau de desenvolvimento do senso de realidade, é um estágio não-alcançado ou mantido em quaisquer casos de psicose infantil.

Nas psicoses infantis precoces, graves distorções do relacionamento mãe-filho parecem constituir a causa essencial de uma "alienação da realidade por parte do ego"

Freud (1924a) considerou que o distúrbio central nas psicoses dos adolescentes ou dos adultos é constituído por uma alienação da realidade por parte do ego. Ferenczi (1913) descreveu de que modo o senso de realidade do bebê transforma-se — desde um estágio de onipotência mágica alucinatória — através de gestos e palavras mágicas — até, muito gradualmente, ser capaz de aceitar e controlar realisticamente sua órbita externa em expansão. Parece óbvio, para aqueles que têm a oportunidade de tratar crianças profundamente perturbadas, que a alienação da realidade, por parte do ego infantil, ou a dificuldade em reconhecê-la, é ocorrência inerente à organização débil e frágil da personalidade infantil (uma tendência à fragmentação do ego). Para entendermos a dinâmica da psicose infantil é necessário observar e estudar os mais importantes estágios transitórios da adaptação à realidade; mais especificamente o estágio no qual a mãe sai gradualmente da órbita onipotente do *self*. Este estágio é prévio e imbrica-se, talvez, com o processo de investimento de catexia libidinal de objeto na mãe. A criança delimita paulatinamente sua própria identidade individual desde a união simbiótica primária mãe-bebê. Separa o próprio *self* (e sua representação mental) da mãe. Este estágio do desenvolvimento do ego é muito vulnerável, particularmente nas crianças em cuja vida precoce a simbiose somatopsíquica tenha sido patológica (cf. Spitz, 1951).

A importância dos fatores constitucionais (intrínsecos) na gênese da psicose infantil

No que se refere à questão de colocar a etiologia da psicose infantil em fatores hereditários versus traumáticos e de frustração, podemos afirmar ser difícil deter-

minar onde se localiza o distúrbio grave na psicose infantil precoce; se foi causado por uma falta de empatia ou patologia materna, por grande desvio inato do ego do bebê, por uma inerente falta de contato com o meio ambiente ou por descabida necessidade de fusão parasitário-simbiótica com o adulto. Em realidade, por diversas vezes deparamos com crianças esquizofrênicas cujas mães não apresentam falta de afeto, de amor genuíno, nem inaceitação da individualidade da criança, tampouco possessividade exagerada ou atitudes infantilizadoras ou restritivas.¹ A natureza humana proporciona uma reciprocidade entre o bebê e sua mãe em virtude do qual, por um lado, um bebê constitucionalmente sadio só será prejudicado por traumas graves ou por privação emocional crônica por parte do meio, se for muito pequeno, por outro lado (como foi mostrado pela famosa experiência de Dennis e também a experiência diária demonstra), o bebê constitucionalmente sadio, por volta dos quatro, cinco e seis meses, passa a forçar a empatia dos adultos (Greenacre, 1944). Os gestos da criança, buscando contato, apelam aos anseios biológicos mais básicos da mulher. Desse modo, tanto a gratificação emocional como o alimentar lhe são proporcionadas, a não ser que uma psicopatologia tenha tornado a mãe incapaz de responder. Em outras palavras, parece que o dano básico do ego, que resulta em psicose infantil, ocorre em crianças que possuem uma *Anlage* hereditária ou constitucional para tal ou naquelas em que predomina um fator intrínseco. Há crianças que possuem um aparelho regulador de tensão inerentemente defeituoso, que provavelmente não pode ser adequadamente complementado nem pelos mais eficientes cuidados maternos, tanto em quantidade como em qualidade. Parece haver crianças com uma inerente deficiência do ego que desde o mais precoce início — ou seja, desde o estágio de indiferenciação — as predispõe a permanecer ou a tornar-se alienadas da realidade; existem outras cujo precário contato com a realidade está na dependência de uma ilusória fusão simbiótica com a imagem materna.

Psicose autista infantil

Partindo das perspectivas de relação objetal e desenvolvimento do senso de realidade, podemos descrever dois grupos, clínica e psiquicamente distintos, de psicose infantil precoce; num deles, a mãe parece jamais ter sido percebida emocionalmente pelo bebê, como figura representativa do mundo externo; da mesma forma, a primeira representação da realidade externa, a mãe como pessoa, como entidade separada, parece não ser catexizada. A mãe permanece um objeto parcial, aparente-

¹ Compare-se com Anna Maenchem (1953) que não encontrou tipos inequívocos entre as mães das crianças gravemente perturbadas, cujos casos relatou.

mente destituído de catexias específicas, que não é diferenciado dos objetos inanimados. Este tipo de psicose infantil foi descrito pela primeira vez por Kanner (1942, 1944, 1949) e recebeu o nome de *autismo infantil precoce*. Nesta psicose a criança não apresenta sinais de perceber afetivamente os outros seres humanos. Acha-se ausente o comportamento que indica a percepção afetiva das provisões maternas — vindas do mundo externo. Na anamnese dessas crianças, as descrições do comportamento mais precoce traem a falta de gestos de antecipação aos cuidados maternos, nenhum gesto de apanhar alguma coisa, nenhuma característica resposta sorridente. A este respeito, são encontrados os seguintes dados: “Nunca pude atingir meu bebê”. — “Ele nunca sorriu para mim.” — “Assim que pôde caminhar, ele fugia de mim.” — “Era muito doloroso ver os outros bebês alegres nos braços das mães; meu filho tentava escorregar de meu colo logo que podia.” — “Ele nunca saudou minha chegada, nunca chorou, nunca reparava quando eu saía do quarto.” — “Ela nunca foi um bebê carinhoso, não gostava de carícias, não deixava que a abraçassem ou beijassem.” — “Ela nunca fez, em tempo algum, qualquer apelo pessoal de ajuda.” Esta observação, feita por mãe muito observadora de uma criança autista, descreve o distúrbio em termos de comportamento social.

Lota, minha pequena paciente de três anos e quatro meses, sofria de um distúrbio autista *inerente*. Sofreu múltiplos traumatismos por intermédio de uma mãe que, por sua vez, vivia em odiosa dependência da própria mãe. Houve grave privação de alimento; um ferimento no lábio, quando tinha muito pouca idade, provocado pela colher com que estava sendo alimentada. Houve um treinamento de esfíncter muito precoce, rígido e desamoroso. Aos primeiros sinais de ter começado a “tocar-se”, seguiu-se uma vulvovaginite. Dessa forma, a sobrestimulação traumática impediu a libidinização normal em todas as áreas de desenvolvimento psicosssexual. Creio, contudo, que esses traumatismos poderiam ter deixado de ocorrer não fosse a grande patologia intrínseca. Os conflitos diários sobre constipação, com remoção digital das fezes, constituíam não mais que uma indicação da atmosfera predominante. Aos três anos e meio Lota não falava, não se comunicava por meios de gestos, não integrara mãos, boca e olhos (Hoffer, 1949). Jamais se alimentara pelas próprias mãos nem se manejara por si mesma e reagia com aterrorizada surpresa ao toque de qualquer pessoa. Pelo teste habitual de avaliação da inteligência, Lota seria classificada entre os débeis mentais de nível mais inferior. No entanto, era compulsivamente asseada, suas habilidades motoras e de manipulação eram adequadas à idade, sua memória para o ambiente inanimado, bem como o conhecimento que dele possuía, eram fenomenais. Durante a terapia, pelo emprego de todos os estratagemas concebíveis, Lota foi lentamente trazida para a percepção sensorial do mundo externo pela aceitação gradual de contato corporal com a analista. Não ocorreu, no entanto, qualquer identificação normal; houve, ao invés, ampla formação de palavras por imitação, à semelhança dos papagaios. A formação de palavras era autista e a fala não era usada para intercomunicação, apenas para ordens e sinais e era empregada tão livremente com a analista como com os objetos.

A menina parecia alcançar rapidamente fragmentos isolados do reprimido desenvolvimento de seu ego. Metia-se em repetida e agressiva exploração de seu ambiente inanimado — batendo portas, acendendo e apagando luzes, apalpando tudo, como costumam fazer os cegos.

Havia bizarras discrepâncias na integração do ego corporal, como se os fragmentos desconexos de sua personalidade avançassem em proporções fantásticamente desniveladas, como na seguinte ilustração:

Naquele estágio do tratamento em que Lota passou a examinar repetidamente seu ambiente, a menina costumava realmente sobrecarregar a paciência de sua mãe — e a analista, a fim de aliviar um pouco a tensão provocada pelo comportamento perturbado da menina, deu-lhe uma pequena lanterna. A pequena ficou muito ligada ao presente. Ao mesmo tempo, começou a pôr na boca tudo aquilo de que gostava. Assim, da mesma forma que um bebê na fase da dentição, ela mordida a pequena lanterna. Uma vez, quando deixava o consultório, a mãe, como de hábito, acendeu um cigarro com o isqueiro. Lota, sem que ninguém notasse, pegou no isqueiro, ainda incandescente, colocando-o na boca e provocando grave queimadura nos lábios², sem demonstrar, praticamente, qualquer reação. Sua sensibilidade à dor parecia grandemente anormal. Este, entre outros sinais, creio eu, constitui indicação de carência ou deficiência de catexias periféricas nos pacientes infantis autistas. Em contraste, os estímulos proprioceptivos, o sofrimento visceral, eram sentidos agudamente, havendo grande reação (Mahler, 1950).

Salientar: parecia inevitável, pelo menos no caso de Lota, que as funções do ego autônomo, ao virem à tona, se agregassem e existissem simultaneamente, como um remendo de partes frouxamente ligadas e mantidas de um modo estático, sem a matriz específica da “correlação afetiva”, no decorrer do tratamento.

Este bizarro quadro de funções dispersas do ego e a carência de catexias periféricas, clínica e claramente discernível, faz-nos compreender que na psicose infantil autista as vicissitudes de libido e agressão não podem ser localizadas simplesmente em termos de hierarquia dos estágios zonais. Ao invés, podemos em alguns casos seguir, durante o tratamento, o curso da libido e da agressividade desde a posição esplâncnico-visceral através de catexizações progressivas na direção craniana, para fora da periferia do corpo, a pele e os órgãos do sentido, ou seja, até o sistema perceptivo consciente (Mahler, 1950). As forças instintuais de libido e agressividade existem em forma não-neutralizada devido à ausência da função sintentizadora do ego. Há uma inerente falta de contato com o ambiente humano.

Sempre que Lota estava muito angustiada, todo seu corpinho era sacudido por soluços, sem lágrimas, no entanto; a menina não procurava nem aceitava auxílio de pessoa alguma — atirava-se ao chão e apertava-se contra o sólido apoio que este lhe proporcionava. Do mesmo modo agarrava-se à familiar cadeira alta, mas não ao pai ou à mãe. Essa criança psicótica autista caracterizava-se (como todas que ob-

²Comparar com Hartmann, Kris e Loewenstein, 1949.

servei) por peculiar incapacidade de distinguir entre objetos vivos e inanimados, mesmo num sentido perceptivo (Stirnimann, 1947).

Psicose simbiótica infantil

Há, no entanto, outro grupo de psicoses infantis, no qual a primitiva relação simbiótica mãe-bebê é observada, mas não avança até o estágio da catexia do objeto libidinal materno. A representação mental da mãe permanece ou, de modo regressivo, *funde-se com o self*, isto é, não é separada do self. Faz parte da ilusão de onipotência do paciente infantil.

As crianças do grupo simbiótico raramente exibem comportamento visivelmente perturbado no primeiro ano de vida, exceto talvez as perturbações do sono. Podem ser descritas pelas mães como bebês chorões e hiper-sensíveis.

Suas perturbações começam a aparecer, de maneira gradual ou repentina, naquelas encruzilhadas do desenvolvimento da personalidade, quando a função maturativa do ego efetua a separação da mãe e permite à criança controlar um segmento cada vez maior da realidade, independentemente do parceiro simbiótico. Logo que a diferenciação do ego e o desenvolvimento psicosexual confrontam a criança, provocando-a dessa forma com uma medida de separação e independência da mãe, a ilusão de onipotência simbiótica é ameaçada, ocorrendo sérias reações de pânico. Essas reações geralmente manifestam-se no terceiro ou quarto ano, ou na altura do conflito edípico. Em outras palavras, parece que uma ruptura com a realidade surgiu do crescimento maturativo da coordenação motora que estimula o desafio inerente da independência motora, ou mais, as diferentes e complexas demandas emocionais da situação edípica jogam a criança psicótico-simbiótica no pânico afetivo já descrito. Na psicose simbiótica infantil as forças agressivas e libidinais não-neutralizadas permanecem narcisisticamente investidas numa fusão de sistemas da unidade mãe-pai-filho, reminiscentes da unidade primária (mãe-bebê). São marcos da fragmentação do ego os traumatismos sofridos através de doenças, separação (frequência à escola maternal, por exemplo), nascimento de um irmão, além de todos os tipos de mudança de menor natureza que cheguem a perturbar o precário equilíbrio psicológico dessas crianças. O efeito acumulativo de traumas anteriores, portanto, desempenha muitas vezes papel importante. O mundo é hostil e ameaçador porque encarado como entidade separada. A ansiedade de separação esmaga o ego frágil da “criança psicótico-simbiótica”. Suas reações de ansiedade são tão intensas e difusas que recordam a perturbação organísmica da primeira infância. Clinicamente, tais crianças exibem todos os sinais de profundo pânico afetivo. A estas sérias reações de pânico, seguem-se ações de restituição que servem para manter ou restaurar a fusão narcisista, a ilusão de unidade com a mãe e/ou o pai. A restituição na psicose simbiótica é procurada nas ilusões somáticas e nas alucinações de reunião

com a imagem da mãe onipotente, narcisisticamente amada e odiada ou, algumas vezes, pela fusão alucinada com uma condenação das imagens de pai e mãe. Na psicose simbiótica infantil, o critério de realidade permanece fixado ou regride o estágio ilusivo onipotente do relacionamento simbiótico mãe-bebê. Os limites do *self* e do não-*self* são indistintos. Mesmo a representação mental do *self* corporal não está claramente delimitada. Estes são os casos, creio eu, nos quais Bender pensava (1947) quando descreveu os contornos de seus corpos mesclando-se com os dos outros. O corpo da criança autista, ao contrário, possui inigualável rigidez, parece um objeto sem vida, quando no colo de alguém (Rank e Macnaughton, 1950).

Nas crianças psicótico-simbióticas encontra-se, muitas vezes, peculiar hiper-catexia de uma parte do corpo. Isto parece ocorrer naqueles casos de psicose simbiótica infantil em que a psicopatologia dos pais — o fator extrínseco na gênese da psicose simbiótica — é muito acentuada. Nesses casos simbióticos, mas de maneira nenhuma em todos, o parceiro adulto parece muitas vezes capaz de aceitar a criança enquanto esta permaneça um ser quase vegetativo, um apêndice de seu próprio corpo.

A mãe de Steve, por exemplo, sofreu de insônia durante a gravidez por temer o nascimento de um menino, devido ao próprio irmão que procedia muito mal. Steve não dormia bem para satisfazer a mãe. Sempre que o menino abria os olhos, a mãe o apertava em seus braços e caminhava de um lado para o outro, até que seus braços doessem e ficassem entorpecidos a ponto de não mais senti-los.

Seria simples coincidência que o sintoma mais visível de Steve fosse andar de lá para cá, perguntando a todo o mundo: “Estas mãos são minhas?” “Essas são as suas?” “Estas mãos podem matar?” “Eu sou muita gente?” Com seu estranho histrião, ele representava vários caracteres durante todo o dia.

Aos quatro anos e meio, a extrema dependência do menino — tão apreciada pela mãe anteriormente — incomodava-a tanto que o internou num colégio, embora fosse ainda totalmente dependente dela. Nessa época, manifesta e contínua masturbação parece ter sido a última gota que fez derramar o copo, na opinião da mãe.

No caso de uma paciente esquizofrênica, a mãe era retratada pela criança em análise como um “monstro tentaculado”, “uma medusa ou aranha gigante que enroscava suas grossas pernas em volta de meu corpo e me espremia”, com todas as manifestações de horror que só um esquizofrênico pode exibir.

No início do tratamento, a mãe morava em outro país e desse modo não mantinha contato comigo. Mais tarde, quando veio para uma entrevista, procurou ser tranqüilizada a respeito de seu excessivo sentimento de culpa porque a condição de Babette poderia ter sido causada pela “coisa horrível que pratiquei com ela quando era um bebezinho”. Continuou, contando que, como seu marido deixava-a frustrada e tratava-a muito mal, compensava as necessidades sexuais prendendo o pequeno bebê, gordinho e macio, entre suas pernas, masturbando-se com o esfregar do pequeno corpo nos genitais.

O pai de uma criança psicótica, que tinha as pernas paralisadas (e cujos desejos de morte em relação ao filho eram muito evidentes), contou ao psiquiatra que

costumava arrastar-se até o berço do bebê e examinar suas pernas, noite após noite, no temor de encontrar algo errado nas pernas de seu filhinho. As principais ilusões somáticas da criança esquizofrênica centravam-se em suas pernas.

Quer-me parecer que estas estranhas coincidências — este encaixe exato dos traços de memória somática nas sensações ilusivas e patológicas da criança simbiótica e a maneira pela qual a pessoalização erótico-agressiva foi imposta pelo parceiro materno ou paterno — não podem deixar de possuir relação casual. A hiper-catexia peculiar de uma parte do corpo, por nós encontrada em muitas crianças simbióticas, corresponde com freqüência ao tipo de superestimulação ocorrida na relação simbiótica. Esta revelação é digna de nota e merece posterior e cuidadosa investigação (Greenacre, 1944).

Sobre a “esquizofrenia da criança”

Desejo agora chamar a atenção para um ponto contido no título deste artigo. Creio que toda a evidência clínica refuta a argumentação de certos psiquiatras e psicanalistas de que a esquizofrenia não ocorre antes da puberdade, porquanto o quadro esquizofrênico baseia-se na elaboração psicótica do conflito homossexual. Acredito, em primeiro lugar, que a principal causa da propensão do ego para alienar-se da realidade e fragmentar-se é a grave perturbação acima descrita — um conflito específico do relacionamento mãe-filho, seja ele autista ou simbiótico. Em segundo lugar, e tenho muita evidência clínica para exibir, creio que o conflito bissexual pode ser, e muitas vezes o é, proeminente na sintomatologia, produção e mesmo na causa genética imediata do acidente psicótico do ego na infância.³ Para estabelecer o último ponto, gostaria de citar resumidamente dois casos. George recém completara 7 anos ao ser admitido em nosso *Children's Service* com sintomas fulminantes de ilusões e alucinações. Desenvolvera-se normalmente até os três anos, quando nasceu a irmãzinha. Começou a sofrer de terror noturno. Ao mesmo tempo, começou a apresentar o que sua mãe descrevia adequadamente como “acessos de fala”. Caminhava pelo quarto, falando encolerizado consigo mesmo sobre alguma coisa que parecia inteiramente irrelevante para seu ambiente. Costumava resmungar: “Sou um gatinho. Sou um gatinho. Elaine é grande. Sou um gatinho”. Pouco depois do nascimento da irmãzinha, George queria usar as roupas da menina e, muitas vezes, as de sua mãe. Insistia em querer ser uma menina; entre os animais, preferia as fê-

³O dr. Greenacre, numa comunicação pessoal, originalmente designada como anotações de estudo para este artigo, disse o seguinte: “Nas crianças que sofrem traumas severos e precoces, há uma condição de exagerada plasticidade da responsividade corporal, podendo, sob certas condições, provocar grave identificação bissexual. Há, então, alucinações corporais de natureza bissexual que persistem e desempenham papel importante em sua fantasia durante o início do período de latência (. . .)”

meas e perguntava reiteradamente à sua mãe por que não era uma menina. Mais ou menos ao mesmo tempo, começou a sentir medo dos buracos que havia numa cerca pela qual costumava passar, ou que estivessem em qualquer outro lugar. O pai empregava freqüentemente esse temor como ameaça, dizendo-lhe que ia colocá-lo num buraco. O menino tentava reassegurar sua confiança no pai perguntando: "Você me ama?"

George tornou-se muito bom estudante, porém nada sociável. Muitas vezes, na escola, falava de sua irmã e, repetidas vezes, em seu gatinho de estimação. "Tenho um gato em casa. É um gato menina. * Eu gosto do meu gato. Eu sou um gato menina". Seu temor e, ao mesmo tempo, seu desejo de castração podia ser rastreado até a gravidez da mãe. Primeiro desenvolveu estranho interesse por barris. Parava quando os encontrava, olhando-os e tocando-os com grande interesse. Depois, tornou-se fascinado por cachimbos de todos os tipos; novamente parava para observá-los, tocando-os comentando seu tamanho, forma ou outras características. Brincava com os cachimbos do pai por longos períodos. Poucos meses depois, desenvolveu preocupação semelhante com os dispositivos elétricos. Ficava interminavelmente fingindo que ligava um fio numa tomada. Mais tarde, desenvolveu intenso interesse por incêndios, que predominava na época de sua hospitalização. Em suas alucinações precisava do fogo para queimar e matar a irmã — contudo, na pausa que se seguia, proclamava amá-la muito.

Quando no hospital, suas tentativas de restituição ilusivas e alucinatórias perentenciam a tendências de incorporar e destruir mãe e irmã. Nos períodos de mais lucidez confirmava: "Tenho medo de matar minha mãe. Tenho idéias de querer matá-la. Sim, penso em matá-la e estes pensamentos me perturbam muito. Isto traz maus sentimentos a meu coração. Isto me perturba muito quando estou em casa. Espero que tire isto de mim, doutora."

Na enfermaria parecia estar quase constantemente alucinado. Uma vez, sentando-se perto da enfermeira a quem mais amava e odiava descerrou o zíper de seu macacão e começou a levantar a saia da enfermeira, como se procurasse alguma coisa. Colocou então suas mãos dentro do macacão como se despejando aquilo que havia encontrado. Isto continuou por algum tempo; fechou então o macacão e disse sorridente: "Ganhei uma Hollinger" (nome da enfermeira) "lá... é isto que ganhei lá".

George passou o resto do dia sentado a um canto, comunicando-se alegremente com o ser amado introjetado (Klein, 1932). É evidente que este menino, no seu modo de proceder infantil, estava fazendo o mesmo tipo de esforços restitutivos para resolver, embora psicoticamente, seu conflito bissexual, da mesma forma que os esquizofrênicos adultos.

Este exemplo de conflito bissexual antes da puberdade está muito longe de ser raro. Seleccionamos, dentre uma coleção de tais casos, mais este.

*It's a girl cat. I like my cat. I'm a girl cat. (N. do trad.)

(restituição de simbiose após pânico pelo separação)

Clifford, de sete anos, foi paciente do *Children's Service* quando estava com seis anos e meio, com uma esquizofrenia infantil de tipo misto. Nos seus primeiros quatorze meses teve desenvolvimento aparentemente normal, embora não deixasse acariciar e, em retrospecto, pareceu demonstrar características de um caso de autismo infantil precoce durante seus segundo, terceiro e quarto anos de vida. Aos três anos e meio, tornou-se intensamente ciumento de sua irmã de oito meses. Sua fala não se desenvolveu. Usava expressões estereotipadas nas quais perseverava numa voz de ritmo monótono e falava de si próprio exclusivamente na terceira pessoa. Tornou-se obcecado por equipamentos mecânicos ou elétricos. Aos cinco anos, os mecanismos simbióticos de restituição tornaram-se exagerados. Embora até então tivesse defendido seu mundo autista e isolado, passou a insistir em dormir na cama com seus pais, procurando estreito contato corporal com ambos. Seu conflito bissexual manifestou-se de modo semelhante ao de George. Clifford começou a morder as enfermeiras, súbita e impulsivamente, quando passava por elas no saguão. Dizia que "amava" as enfermeiras, chamava-as cuidadosamente pelo nome e procurava por elas para manter um tipo de conversação ritualizada, que se constituía, na maioria das vezes, em identificá-las pelo nome, dizer o seu e, então, nomear outras pessoas da enfermaria. Desencorajado em suas mordidas passou a usar dois lenços arranjados como uma saia e uma touca de enfermeira, enquanto insistia: "Não me chamem de Clifford, eu sou Miss Clifford. Sou uma enfermeira". Tornava-se ansioso se não fosse chamado assim e por um período de tempo insistiu em ser chamado "Miss Clifford" ou "Enfermeira Clifford".

Esta fase de comportamento foi introduzida nas sessões terapêuticas por uma negação. "Não quero ser uma menina. As meninas usam vestidos, os meninos usam calças. Não quero ser igual à minha irmã. Meninas e meninos são diferentes." Isto era repetido em casa, mas rapidamente seguido, no hospital, por um período em que insistia em usar as roupas da irmã mais moça e ser chamado "Miss Clifford" também por sua família.

A função do autismo comparada com os mecanismos de fusão parasito-simbiótica na psicose da criança

Enquanto nas psicoses simbióticas infantis as reações de pânico são muito proeminentes, todos os observadores enfatizam, em contraste, a satisfação, aparentemente auto-suficiente, da criança autista quando deixada sozinha. Qualquer aproximação, qualquer mudança no ambiente, na disposição social, é sentida como irritante intromissão. A posição autista é defendida por ataques de cólera de aparência catatônica (Geleerd, 1945). Os atos agressivos e destrutivos não parecem dirigidos à pessoa que interfere, como um todo. A criança autista empurra a "mão" que está em seu caminho do mesmo modo que o faria com um bloco de madeira.

cca simbiótica deixada sozinho → pânico
"autista" " " → satisfação

Qual é a natureza, qual a função dessa pseudo-auto-suficiência do autismo infantil precoce? Pareceria que o autismo é a atitude de defesa básica dessas crianças, para quem o farol de orientação emocional no mundo externo — a mãe como o objeto de amor primário — não existe. O autismo infantil precoce desenvolve-se, acredito, porque a personalidade infantil, destituída de vínculos emocionais com a mãe, é incapaz de enfrentar os estímulos externos e as excitações internas que ameaçam de ambos os lados toda a sua existência como uma entidade. O autismo constitui, portanto, o mecanismo pelo qual tais pacientes tentam excluir, de maneira alucinada (alucinações negativas) as fontes potenciais da percepção sensorial, especialmente aquelas que exigem resposta afetiva. Se observarmos clinicamente essas crianças psicóticas, a característica mais extraordinária é sua espetacular batalha contra qualquer exigência de contato (social) humano que possa interferir com sua delirante e alucinatória necessidade de comandar um segmento estático, e grandemente restrito, de seu ambiente inanimado,⁴ no qual permanecem como mágicos onipotentes (Mahler, Ross e De Fries, 1949). Pareceria que sua capacidade de dominar os sentimentos internos (excitação proprioceptiva), seus próprios processos mentais, sua própria motilidade, sua percepção sensorial altamente seletiva e restrita, tudo sobrecarrega seu ego indiferenciado. Não podem enfrentar os estímulos do mundo externo. Não podem mediar entre dois grupos de estímulos. Em resumo, parece que esses pacientes experimentam o mundo externo como fonte intolerável de irritação sem qualificação específica ou adicional.

Os mecanismos característicos da psicose infantil *simbiótica*, por outro lado, são mecanismos introjetivos-projetivos e sua elaboração psicótica, a sintomatologia que descrevemos em artigo anterior como Grupo II de quadros clínicos "semelhantes à esquizofrenia" em crianças (Mahler, Ross e De Fries, 1949). Estes mecanismos visam a restauração do delírio parasito-simbiótico de unidade com a mãe, sendo desta forma diametralmente opostos à função do autismo. Até onde nossa pesquisa pôde verificar, a impossibilidade de separar a representação do *self* da representação do não-*self* não é clinicamente discernível nos dois primeiros anos de vida (Jacobson, 1953). Portanto, não se pode esperar, nos primeiros dois anos de vida, evidência clínica que conduza ao conflito simbiótico, nem que aponte claramente para a perturbação autista. Parece, porém, que os candidatos à psicose simbióticas são caracterizados por uma tolerância à frustração anormalmente baixa e, mais tarde, por uma falta de separação emocional ou diferenciação da mãe, mais ou menos evidente. Os sintomas clínicos manifestam-se entre os dois anos e meio e os cinco anos, com um pico de incidência no quarto ano de vida. Os laços dessas crianças com a realidade dependem principalmente da fusão delusiva primitiva com a mãe (ao contrário das autistas, que não têm laços com a realidade por onde começar). As reações têm seu início como descrevemos acima, naqueles pontos do processo de maturação fisiológica e psicológica nos quais a separação da mãe deve ser percebida e en-

⁴Esta observação foi salientada pela dra. Lucie Jessner, de Cambridge, Mass., em discussão pessoal das mais proveitosas.

frentada. Figurativamente falando, parece que do terceiro ano em diante a crescente discrepância entre o grau de maturação das funções parciais do ego e o atraso da individuação evolutiva faz com que se fragmente o frágil ego dessas crianças (Mahler, 1947; 1949b). Agitadas explosões de temperamento de tipo catatônico e comportamento provocado pelo pânico dominam o quadro; seguem-se o critério de realidade bizarramente distorcido e as tentativas alucinatórias de restituição. O objetivo é a restauração e a perpetuação da fase de onipotência delusiva da fusão mãe-bebê, mais primitiva — período em que a mãe constituía uma extensão sempre pronta do *self* a serviço e sob o comando de "Sua Majestade, o Bebê". Em suas produções estereotipadas de fala, pode-se discernir o predomínio dos solilóquios alucinatórios com o objeto introjetado e suas ações dramatizam esta mesma reunião introjetiva. Estes são os casos que demonstram com importuna franqueza os mecanismos descritos por Melanie Klein (1932). As manifestações de amor e agressão no comportamento impulsivo dessas crianças parecem totalmente confusas. Elas anseiam por contato corporal e parecem querer fundir-se em você — no entanto, muitas vezes, gritam ante tais contatos corporais ou ante as manifestas demonstrações de afeição de parte do adulto, mesmo que tenham pedido ou insistido, elas mesmas, para serem beijadas, acarinhadas e "amadas". Por outro lado, mordendo, dando pontapés e apertando o adulto, estão expressando seu anseio de incorporar, possuir, tragar, reter e unir-se ao "ser amado". Em outras palavras, os mecanismos de restituição com os quais essas crianças desejam recapturar a enganosa realidade são visivelmente anômalos e diferem de qualquer coisa por nós observada nas crianças não-psicóticas cronicamente agressivas, ou nos casos fóbicos provocados pelo pânico — as duas categorias que poderiam apresentar, de modo concebível, um problema de diagnóstico diferencial (Mahler, 1947).

Não poderíamos ilustrar melhor esta tentativa desesperada de perpetuar a fusão simbiótica, quando esta se choca com a luta pela separação-individuação, acompanhada do conflito bissexual, do que com as palavras e o comportamento de uma paciente.

Alma veio para a enfermaria ao nosso cuidado, aos 14 anos.⁵ O início de sua psicose pôde ser rastreado até os quatro anos e meio. Nessa época, esteve hospitalizada por dez dias, com febre alta, por sarampo complicado com pneumonia. Sua inclinação para a "somatização" e para a simbolização corporal ocorria aparentemente em fantasias infantis de gravidez. Estas eram reveladas pelo fato de, durante todo o período de hospitalização, não ter movimentado o intestino. Depois de seu regresso para casa, seu abdome ficou consideravelmente saliente, como foi verificado por vários observadores. Desde a chegada em casa, Alma parecia muito diferente: fraca, nauseada, manhosa e chorona. Nos primeiros três dias que passou em casa, defecava constantemente, tendo seu abdome voltado ao tamanho normal. Depois da expulsão de fezes, não durante, começou a gaguejar. Tornou-se exigente para comer, recusando firmemente qualquer alimento sólido (repelindo fantasias de caráter anal-sá-

⁵Devo este material à cooperação do dr. William H. Cox Jr.

dico?) e vomitando constantemente. Começou a freqüentar a escola aos 6 anos, mas parecia não fazer amigos. Aos 7 anos, de acordo com sua história, sofreu investidas sexuais de parte de um homem idoso. É difícil determinar se houve realmente uma investida de natureza sexual ou se o episódio fora por ela interpretado desse modo.

Aos 10 anos, após um pesadelo, tornou-se muito perturbada. Seu "nervosismo" começou logo depois de ter visto o filme *Branca de Neve e os Sete Anões*. Depois de ver esse filme, a menina teve um sonho do qual acordou gritando e correndo para sua mãe. Levou muito tempo e foi preciso muita adulação para persuadir Alma a explicar o que a assustara: *Ela ouviu uma voz que dizia: "Estrangule sua mãe, estrangule sua mãe"*. Por esta razão ficara com medo de dormir em seu quarto, insistindo em dormir com o pai, embora obrigasse a mãe a dormir em outra peça. Nessa ocasião foi levada ao psiquiatra.

Alma começou a achar que seus amigos não gostavam dela por alguma coisa que havia em *seu rosto*. Ela o achava muito magro, e mais tarde começou a achar que seu rosto *aparentava muito mais idade* (aproximadamente a idade da mãe). Tornou-se muito solícita com a saúde da mãe e também excessivamente inclinada a discussões. Quando na enfermaria, olhava-se constantemente ao espelho e dizia que toda a enfermaria (ou o mundo?) * era sua própria imagem no espelho. Dizia: "Todas as coisas possuem duas substâncias: alma e sexo; algumas pessoas e algumas coisas são principalmente 'sexo' (principalmente as mulheres), algumas pessoas associam sexo e sentimentos da alma (principalmente os homens). Do mesmo modo, o sentimento que tenho pela minha mãe pertence ao sentimento de sexo". Numa carta, escreveu: "(...) Talvez então (aos 10 anos) pela primeira vez me separasse de minha mãe e tivesse medo da realidade, por essa razão não lhe dei uma oportunidade.⁶ Deixei de me comunicar e esqueci os sentimentos da alma. Assim, quando vi Branca de Neve e os Sete Anões, por qualquer razão eu era a feiticeira e dei a maçã à menina — e vi o príncipe e vi os sentimentos de sexo e de alma que (sentimentos) na realidade interessam aos homens. — Talvez por qualquer razão eu quisesse livrar-me de minha mãe estrangulando-a e, ao mesmo tempo, estrangulando ou punindo a mim mesma (por e para) matar Branca de Neve. Tudo o que sei é que, depois de eu ter dito 'estrangele sua mãe', subconscientemente eu a comparava à feiticeira e fugia dela. Eu sentia os maus espíritos internos; estranho, vazio: um medo sobrenatural. (Então) eu não sentia mais medo de mim por alguns segundos. Mas, durante um ano inteiro eu vomitei constantemente e me senti sempre estonteada.⁷ Talvez,

*A interpretação da autora deve-se ao fato de que, em inglês, as palavras enfermaria (*ward*) e mundo (*world*) têm quase o mesmo som. (N. do trad.)

⁶Sabemos pela anamnese que a primeira separação real da mãe e a reação pré-psicótica para enfrentar a realidade dessa separação ocorreram de fato quando Alma tinha quatro anos e meio.

⁷Sabemos, também pela anamnese, que este vômito intermitente e a recusa de alimentos sólidos (fugindo obviamente, por ejeção, às fantasias orais-sádicas) começaram aos quatro anos e meio.

subconscientemente, eu estivesse estrangulando a mim mesma (como a feiticeira), ou minha mãe ou Branca de Neve — ou os camundongos que minha mãe matava⁸ — mas imagino que fosse eu. — Pensava que podia caminhar enquanto dormia e matá-la.⁹ Depois de alguns segundos eu não me sentia vazia, mas diferente."

Dificilmente poder-se-ia pedir descrição mais explícita dos passos que levaram à gradual perda de realidade, à fuga psicótica da realidade e os subseqüentes mecanismos de restituição nesta psicose simbiótica. Existe a confusão entre a mãe e o *self*, e uma falta de objetivo entre as tendências libidinal e agressiva. Tanto a mãe quanto o *self* se confundem e se *fundem* com o objetivo de forças instintuais não-neutralizadas.

A mãe perseguidora introjetada provoca em Alma o temor de estar parecendo muito mais velha; tem os sentimentos de sexo para com a mãe, tem o impulso de estrangular a mãe — em si mesma e no lado de fora — e diz, então, que é a imagem da mãe no espelho, ou, novamente, que o mundo é sua própria imagem no espelho. "É como se eu tivesse de viver com meu reflexo (como quando olho no espelho) (a mãe nela mesma) e tenho de encarar meu reflexo quando vejo as pessoas porque elas são meu reflexo caminhando ou com vida." A fusão das três representações — *self*, mãe e mundo — é manifestada em suas próprias palavras: "Que fazer se sou o reflexo vivo de minha mãe e quando me olho no espelho há uma dupla exposição? E vejo meu reflexo nos outros e isto me deixa infeliz. Ando em círculos. Não há como escapar. Vivo num mundo de superfície plana, achatado como meu reflexo no espelho, e as pessoas que vejo neste mundo são o meu reflexo vivo e esta pessoa-sexo que vejo no espelho não sou eu. Não aceito tal pessoa."

O ponto crucial do conflito patogênico para entregar-se à fusão parasito-simbiótica com a imagem parental está claramente expresso, e os mecanismos kleinianos são admiravelmente ilustrados pela paciente quando diz: "Depois eu disse: 'Estrangule sua mãe'; subconscientemente comparava minha mãe à feiticeira e fugia dela." "Mas durante um ano inteiro eu vomitei constantemente e me senti estonteada. Talvez subconscientemente eu estivesse estrangulando a mim mesma (ou a mãe dentro dela) e sentia culpa por estrangular a mim mesma — ou minha mãe — ou Branca de Neve (a quem a feiticeira tentava matar) — ou os camundongos que minha mãe matava — mas imagino que era eu. Depois de alguns segundos não me sentia vazia, mas diferente."

Isto não é mais que um breve excerto de todo o material que esta jovem produziu. Embora essas produções brotassem em sua adolescência, nós as reproduzimos aqui porque são realmente a descrição da gênese de sua psicose em retrospecto (verificado pela mãe, irmã e pai) e porque, com seu estranho talento para a introspecção, ela descreveu todos os aspectos e funções dos mecanismos de restituição¹⁰ parasito-simbióticos alucinatorios.

⁸Alma ficou horrorizada quando viu realmente sua mãe matar camundongos em sua cozinha.

⁹Esta foi a racionalização de Alma para dormir com o pai: ser protegida de um impulso perigoso.

¹⁰São mecanismos idênticos aos dos casos simbióticos de George, Betty, etc., que estudamos ou analisamos respectivamente na idade dos cinco aos onze anos (Mahler, 1947).

Considerações sobre o diagnóstico diferencial

Acredito que os dois tipos de psicose infantil — *autística* e *simbiótica* — possam, em muitos casos, ser claramente diferenciadas quando no início. Mais tarde, os quadros tendem a justapor-se. Pode-se tentar o diagnóstico diferencial em retrospecto, pela reconstrução e avaliação da primitiva relação mãe-bebê. O fator específico na diagnose diferencial é constituído pela maneira com que o papel protetor desempenhado pela mãe reflete-se no comportamento do bebê durante o processo de individualização, no período em que o ego corporal da criança e a representação de seu *self* emergem do estágio simbiótico psicossomático primitivo e da representação de fusão (Jacobson, 1953). Como foi descrito acima, o comportamento do bebê autista, durante o período da proteção materna, é muito diferente daquele do bebê normal ou do bebê simbiótico. Dizemos que a criança fundamentalmente simbiótica não pode, muitas vezes, ser descoberta antes de haver percebido a separação da mãe; tal percepção lança essa criança numa ansiedade de separação beirando o pânico. Encontrando casos de psicose infantil em estágios mais tardios, temos a impressão de que os casos puros de psicose autista, bem como os casos de psicose parasito-simbiótica puros, são muito raros, enquanto os casos mistos são freqüentes; nesse momento, mecanismos simbióticos já estão sobrepostos às estruturas autísticas básicas vice-versa.

Curso clínico, tratamento e perspectivas

Sobre estes pontos, tão importantes, podemos fazer apenas poucas formulações experimentais.

À medida que o desenvolvimento somático e fisiológico assume seu curso, vai deixando de existir o ambiente humano no qual a criança autista pode manter sua concha contra as demandas do mundo externo. Realmente, o pré-requisito para o desenvolvimento da personalidade, e a primeira exigência para o tratamento da criança autista é atraí-la para o contato com um objeto de amor humano. Neste ponto do desenvolvimento, ou do tratamento, as reações semelhantes aos mecanismos parasito-simbióticos aparecem de forma espontânea ou como artifício do tratamento.

Por outro lado, crianças que começam uma psicose simbiótica utilizarão o autismo como forma desesperada de afastar o temor de perder qualquer entidade individual mínima que tenham adquirido, seja através do desenvolvimento, seja através do tratamento, e que tentam preservar pelo mecanismo oposto, da psicose autista.¹¹

¹¹Ver o belo artigo de Anna Freud "Negativismo e renúncia emocional" (1951a).

simbiose
↓
dependência
medo de falhar objeto
→ ter que se garantir

Desse modo, encontramos crianças cuja psicose apresentava, primitivamente, características de um distúrbio simbiótico, mas que passaram a usar o autismo numa desesperada tentativa de desviar a ameaçadora regressão para a fusão simbiótica e preservar a entidade individual, separada da mãe e do pai.¹²

É indispensável o diagnóstico diferencial entre perturbações basicamente autistas e simbióticas, porque a terapia segue princípios diversos para cada caso. Em ambos os tipos, bem como no tipo misto de psicose infantil precoce, é indispensável conservar em mente a extrema instabilidade do ego.¹³

Como mencionamos acima, a criança autista é mais intolerante ao contato humano direto. Conseqüentemente, precisa ser atraída de sua concha autística por qualquer tipo de estratégia, como música, atividades rítmicas e estimulação prazerosa dos órgãos dos sentidos. Tais crianças devem ser gradualmente abordadas com o auxílio de objetos inanimados, tendo-se sempre em mente que o contato corporal, o toque, o abraço carinhoso — dos quais espera-se tranquilizem uma criança perturbada — não ajudam e muitas vezes constituem um estorvo no tratamento dessas crianças. Repetidas vezes observamos que os casos de tipo autístico, se forçados a um contato social prematuro e a enfrentar, também prematuramente, as demandas do ambiente social, são lançados num estado catatônico e, a seguir, num processo psicótico fulminante, como vemos em algumas psicoses infantis originariamente simbióticas.

No tipo simbiótico, por outro lado, é importante deixar a criança analisar a realidade muito gradativamente, à sua própria maneira. À medida que a criança começa a analisar-se cautelosamente como entidade separada, precisa sentir, constantemente, o apoio de um adulto compreensivo, preferivelmente a mãe ou a terapeuta como mãe substituta. Este contínuo apoio emprestado ao ego pode ter de prolongar-se por uma existência.¹⁴ Em outras palavras, a separação como uma entidade individual só pode ser provocada com muita cautela nos casos de crianças psicótico-simbióticas.

O prognóstico para o controle do processo, assim como para a consolidação do ego, é moderadamente favorável. Parece depender de terapia adequada, de natureza cautelosa, prolongada e consistente, uma espécie de terapia de infusão ou substituição. No entanto, a perspectiva de uma cura real é desoladora. Nos casos de psicose infantil simbiótica, o desenvolvimento da individualização malogrou num momento em que as faculdades básicas, indispensáveis ao ego, são habitualmente adquiridas dentro da matriz psicossomática da unidade primitiva mãe-bebê. Em nossa experiência, se e quando fracassa a diferenciação nessa matriz, altamente especializada para

¹²Ver Anna Freud. Op. cit. (1951a).

¹³O grupo autístico corresponde ao Grupo I em nosso artigo anterior (1949). Deliberadamente deixamos de considerar em nosso Grupo III de psicose infantil (Mahler, Ross e De Fries, 1949), os quadros clínicos em estado de latência que foram descritos recentemente por Annemarie Freud (1953).

¹⁴Esta opinião é compartilhada por Paul Hoch, que enfatiza a necessidade de possível terapia de substituição, por tempo indeterminado, em certos casos de adultos psicóticos.

promover perfeita individuação, o ego permanece irreparavelmente deformado, narcisisticamente vulnerável, desestruturado ou fragmentado.

Na psicose infantil de tipo *autista*, a deficiência é ainda mais grave, visto não existir a *própria matriz específica*, e não acontecer, portanto, o desenvolvimento que a mesma promove. O estabelecimento de contato e a terapia de substituição podem, algumas vezes, provocar a eclosão de resultados gratificantes e impressionantes, habitualmente seguidos, porém, por insuperável interrupção do progresso, o que geralmente tira a paciência e frustra as renovadas esperanças dos pais. Neste momento começam as reações impacientes, exercem-se pressões e o progresso é forçado; mas, como já dissemos anteriormente, se o tipo autista é obrigado, com demasiada rapidez, a manter contato social, principalmente se o relacionamento simbiótico, recentemente formado, é causa de frustração, o resultado são as reações catastróficas acima descritas, exatamente a consequência que devia ser evitada. Portanto, se tais consequências não puderem ser evitadas, parece que teria sido melhor para essas crianças serem deixadas em sua concha autística, ainda que, num "clarão de orientação restrita", pudessem flutuar para um grau muito limitado, apenas, de ajustamento à realidade.

Qualquer pressão sobre a *criança simbiótica*, em direção ao súbito funcionamento em separado, precisa ser cuidadosamente evitada. Se o ego do tipo simbiótico for superestimado e dele esperar-se aptidão para enfrentar a realidade, sem a continuada infusão do ego do terapeuta, que substitui a mãe, as reações de pânico e agudas alucinações podem causar regressões e o afastamento para estados autistas estuporosos ou deterioração hebefrênica. Nesses casos, uma terapia de apoio feita simultaneamente com a mãe, se possível, parece constituir a abordagem ótima, e talvez *sine qua non* do problema.¹⁵

¹⁵Ver também a opinião de Beata Rank e seus colaboradores, bem como os trabalhos de Melita Sperling (1951), Elkisch (1953) e outros.