

# O medo da loucura e o medo do colapso (*breakdown*): intersecções entre Sándor Ferenczi e Donald Winnicott

## *The fear of madness and the fear of breakdown: intersections between Sándor Ferenczi and Donald Winnicott*

---

Marcus Rodrigues Jacobina Vieira\*

### **Resumo**

Ferenczi (1931/2011) afirma que todo medo da loucura é o medo de reexperimentar o trauma; medo de reviver uma experiência de loucura já vivenciada, mas ainda não integrada ao psiquismo. Winnicott (1963/1994a) em *Fear of breakdown* defende a tese de que o medo de enlouquecer manifestado pelo paciente no momento presente está sedimentado em uma experiência que já aconteceu no passado. Buscamos neste trabalho discutir as ideias desses dois autores da psicanálise na compreensão dos mecanismos do trauma e suas possibilidades terapêuticas.

**Palavras-chave:** Medo da loucura. Medo do colapso. Trauma. Ferenczi. Winnicott.

### **Abstract**

Ferenczi (1931/2011) stated that all fear of madness is the fear of re-experiencing the trauma; fear of reliving an experience of madness already experienced, but not yet integrated into the psyche. Winnicott (1963/1994a) in *Fear of breakdown* defends the thesis that the fear of going crazy expressed by the patient in the present moment is based on an experience that already happened in the past. In this work, we seek to discuss the ideas of these two psychoanalytic authors in understanding the mechanisms of trauma and their therapeutic possibilities.

**Keywords:** Fear of madness. Breakdown. Trauma. Ferenczi. Winnicott.

---

\* Doutor em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). São Paulo, SP, Brasil. markusrod@yahoo.com.br

## Introdução

“Todos temos nossas próprias áreas específicas de experiências que fomos incapazes de viver, e vivemos em busca dessas experiências perdidas, nossas partes perdidas”.

Thomas H. Ogden (2016, p. 86).

Durante o período em que praticou a psicanálise, Sándor Ferenczi observou que muitos pacientes manifestavam o medo de enlouquecer. Esse tipo de sofrimento não lhe passou despercebido, já que esses mesmos pacientes eram aqueles que apresentavam sinais e sintomas de terem vivenciado traumas muito intensos; então, ele rapidamente associou o medo de enlouquecer a traumas psíquicos e à angústia.

Enquanto acompanhava o desenvolvimento dessas análises, Ferenczi levantou a hipótese de que o medo de uma experiência futura aterrorizante na verdade estaria ligado a uma situação traumática já vivida por esses analisandos, situação sobre a qual não havia registro na memória consciente.

Em um texto intitulado *Traumatismo e angústia*, lemos o seguinte: “A angústia é a consequência imediata de todo traumatismo [...]. A angústia é um medo da loucura transformado” (FERENCZI, 1931/2011, p. 293-294).

Antes de prosseguir no desenvolvimento de nossas ideias, queremos tecer um breve comentário à parte. Na citação acima, Ferenczi está afirmando que o medo da loucura é transformado em angústia de forma automática, o que se dá, penso, pelo fato de ele acreditar que essa transformação ocorra para preservar o indivíduo de um sofrimento ainda maior. Em uma rápida revisão do termo *angústia automática*, em Jean Laplanche e Jean-Bertrand Pontalis, encontramos: “reação do sujeito sempre que se encontra numa situação traumática, isto é, submetido a um afluxo de excitações, de origem externa ou interna, que é incapaz de dominar” (2012, p. 26).

Na experiência de angústia automática, a libido trabalha inteiramente desligada e livre, motivo pelo qual o sentimento que dela resulta recebe a conotação de uma força incontrolável que deixa o sujeito desamparado e vulnerável a um perigo de aniquilamento. Lembremos que, no ano de 1926, Sigmund Freud está reformulando sua teoria da angústia e, embora ele ainda não articule a angústia automática com a pulsão de morte, podemos facilmente antever essa possibilidade. Nosso olhar, no entanto, se detém sobre a ênfase dada por ele à situação de desamparo primordial. Acreditamos que tais postulados freudianos sobre a situação de desamparo primordial tenham tido forte influência

sobre as formulações que Ferenczi está desenvolvendo, e posteriormente, também Winnicott, a respeito das formas de adoecimento psíquico que se manifestarão em suas clínicas.

Para Freud (1926/2014), duas situações estariam na origem do sentimento de angústia. Inicialmente, a situação traumática cujo protótipo é a situação de desamparo primordial do recém-nascido, em sua absoluta dependência de um outro e sem o qual a sua sobrevivência se tornaria impossível. Essa importante experiência, ao mesmo tempo disruptiva e traumática, é também constitutiva, pois lança os germes, ainda que de forma violenta no psiquismo ainda informe, dos processos de diferenciação que advirão. A experiência de desamparo inicial estaria no cerne da angústia que acompanha o indivíduo humano ao longo de toda a vida. Posteriormente, as situações de perigo provenientes das pulsões ou do mundo externo se tornam a fonte de angústia que o ego busca controlar, ou seja, a segunda situação geradora de angústia se dá quando ela surge como sinal de alerta contra uma ameaça de repetição da situação de desamparo primordial.

O desamparo do recém-nascido se define por sua considerável passividade diante do ambiente, em sua incapacidade de poder, com seus próprios recursos, encontrar solução para seus impasses. Somente quando o sujeito em desenvolvimento passa do estado de passividade para o de atividade ele se torna capaz de identificar o perigo e preveni-lo através da angústia sinal.

Ouçamos a voz de Freud:

A angústia é a original reação ao desamparo no trauma, que depois é reproduzida na situação de perigo como sinal para ajuda. O Eu, que viveu passivamente o trauma, repete ativamente uma reprodução atenuada do mesmo, na esperança de poder ele próprio dirigir o seu curso (1926/2014, p. 116).

Portanto, para Freud, em sua segunda teoria da angústia, no fundo de toda angústia há um estado de desamparo originário. O desamparo poderá se manifestar posteriormente como medo de enlouquecer, de ser completamente abandonado, de se desorganizar de forma radical, de ser aniquilado, um medo de morrer.

Retornando a Ferenczi (1931/2011), ele afirma que o medo da loucura seria o medo mais profundo que faz surgir angústias para encobrir, *ou quem sabe proteger*, o psiquismo de entrar em contato com experiências impossíveis de serem abarcadas e processadas pelo ego, as quais décadas mais tarde Winnicott nomeou de *agonias impensáveis*. É curioso como Freud, Ferenczi e Win-

nicott se aproximam ao associarem o sentimento de angústia profundo e aterrador ao desamparo, e o medo de enlouquecer surgindo como algo equivalente ao temor de uma *morte psíquica*, uma agonia impensável.

Ferenczi (1931/2011) afirma que a angústia é consequência imediata de todo traumatismo. Para ele, todo medo da loucura é o medo de reexperimentar o trauma, ou seja, o medo de reviver uma experiência de loucura já vivenciada, mas ainda não integrada ao psiquismo. A ausência do registro consciente se explica pelo fato de que, no momento do trauma, o sujeito cinde seu ego na tentativa de suportar e sobreviver à violência da comoção psíquica provocada pelo trauma. Há também os casos em que a experiência traumática ocorre em um período tão precoce de constituição e desenvolvimento psíquico que não é possível sequer o registro da experiência, mas apenas o registro da *vivência traumática*, já que a instância egóica é muito primitiva e incipiente. Nesses casos, o que se percebe nas análises é uma espécie de rastro, um vestígio de enlouquecimento sentido como uma constante ameaça pelo paciente. Em Ferenczi, esses rastros são registros muito primitivos, corporais, do acontecimento traumático; não há experiência, e sim o registro primitivo de um acontecimento que não possui tradução nem representação possível de ser integrada ao psiquismo.

As intuições clínicas de Ferenczi lançaram luz sobre importantes questões que surgiam em meu próprio consultório, em especial na análise de uma paciente, Vivian.

Essa paciente, após um hiato de 2 anos, desde seu primeiro processo de análise, retorna e relata estar "quebrada" financeira e emocionalmente. Em breve, passaria por uma cirurgia para retirada do útero e dos ovários, notícia que coincide com a tomada de consciência de que já havia atravessado a menopausa. Aos 51 anos, ela não havia se dado conta das modificações em seu corpo, pois desde jovem sofrera com um frequente sangramento pela via genital, o que, no período mais atual, a fizera acreditar tratar-se ainda dos ciclos menstruais comuns a todas as mulheres.

Será que podemos entender essa surpresa com a menopausa por ter uma parte tão infantil dentro dela, ferida, que nunca pôde amadurecer? Nesse sentido, será que ela não teve condições de processar a passagem do tempo? Ou estaria se defendendo da própria experiência traumática de ter sangramento vaginal a vida toda, sem encontrar representação? Podemos pensar que o fato de viver com a vagina sangrando seria considerado por nós uma metáfora da ferida aberta do trauma, uma forma primária de simbolizar o abuso sexual sofrido por ela durante a infância e parte da adolescência, através do corpo.

Outra notícia catastrófica viera perturbar o seu tênue equilíbrio: seu único filho, o grande amor da sua vida, se preparava para partir para um distante país dentro em pouco, deixando-a sozinha e abandonada. Ela confessa sua preocupação com a velhice, com a doença e com a solidão. Gostaria de ser como uma de suas tias, que envelheceu cercada de gente. No entanto, Vivian não tinha mais ninguém, todos os parentes haviam morrido e agora o filho acenava com a possibilidade de deixá-la na mais temida solidão. Em uma sessão, ela me conta que se sente como naqueles sonhos em que as pessoas estão caindo, caindo, mas nunca chegam ao fundo. “É aterrorizante”, ela pontua. Nessa sessão, comento que ela está me descrevendo a sua vivência de desamparo, agonia primitiva de cair para sempre, sem *holding*, no abismo sem solo e sem colo.

Parece-me que, associados à angústia e ao terror da solidão que enlouquecem, a partir dos dados biográficos da paciente e em conjunto com as suas associações em análise, seus medos e angústias – me arrisco a inferir – têm raízes em um período muito precoce de seu desenvolvimento psíquico. Temos conhecimento, através do relato da própria paciente, do ódio manifesto e da indisponibilidade de seus objetos primários para com ela. Penso primeiro na solidão e no desamparo do bebê Vivian em seu berço à espera da mãe amorosa e nutridora, que, no entanto, só tinha olhos, ouvidos e interesse para suas próprias paixões, das quais a sua única filha esteve sempre excluída. E, mais tarde, na solidão aterrorizante da espera da cena que se repetiu ao longo de vários anos em que seu padrasto ia até seu quarto de menina para abusar sexualmente dela. Penso também nas terríveis experiências que ela teve no início e no final de sua adolescência, primeiro ao tomar consciência de que aquilo que ela e o pai/padrasto faziam era algo errado, e, mais tarde, quando contou tudo à mãe que, duvidando da própria filha, desautorizou e desmentiu o seu relato e ainda buscou encontrar uma verdade diferente vinda do abusador.

Poderíamos ficar aqui enumerando todas as experiências traumáticas trazidas pela paciente durante os seus anos em análise. Isso sem falar nos frequentes acidentes que a deixavam sempre com alguma parte do corpo debilitada: o pulso, o joelho, o antebraço, o tornozelo, as costas, o sangramento pela via genital... todas essas dores pareciam traduzir sem palavras a memória corporal e psíquica dos traumas. Ao mesmo tempo que, para mim, tais manifestações não verbais pareciam também alguma forma de autopunição, uma maneira muito sofisticada de manter viva e presente a dor do sofrimento físico e do sentimento de culpa ou, ainda, quando penso em seus frequentes acessos de melancolia que considero algo como estados de “morte dentro” (*death inside*) (WINNICOTT, 1935/2000), uma espécie de pequenos suicídios relativos à

sua vida psíquica. Porém, acredito que, com algumas pinceladas de material clínico, conforme apresentado anteriormente, possamos formar a imagem necessária para elucidar as questões que ligam a angústia de Vivian ao medo da loucura, da solidão e da morte. Experiências que, no fundo, lhe são tão familiares, já que podemos afirmar que seus medos são apenas sombras daquelas experiências que de fato já aconteceram.

### **A solidão traumática: aproximações entre o medo da loucura e o desamparo absoluto**

É interessante que, em consonância com o medo da loucura, Ferenczi (1990) aborde a ideia de *solidão traumática*, conceito que julgo pertinente ressaltar por conta das vivências relatadas pela paciente ao longo de seus diferentes períodos em análise, e que nos ajuda a pensar na magnitude da comoção psíquica vivenciada e em seus desdobramentos no funcionamento mental dessa mesma paciente.

A solidão traumática gera o sentimento de angústia arrebatadora, vivido por alguém que, na condição de estar indefeso, sofreu um trauma emocional, tendo permanecido sem qualquer ajuda exterior. Nesses casos, a cisão do ego representa a defesa utilizada para a sobrevivência psíquica, como modo de suportar a dor da solidão, do abandono e do desamparo.

Ferenczi, em seu *Diário clínico*, escreveu sobre as consequências da solidão traumática na vida do indivíduo:

[...] segue-se que uma solidão realmente total e absoluta, em que não existe sequer a esperança de ser compreendido e ajudado pelo mundo exterior, é [algo<sup>1</sup>] insuportável. Mas o que significa exatamente esse "insuportável"? Sem dúvida, não é outra coisa senão continuar a viver, deformando a realidade dessa existência interior (psíquica) ou exterior (1932/1990, p. 239).

A deformação assinalada acima por Ferenczi é uma consequência da cisão, que altera significativamente a realidade interna e externa.

Nesse mesmo texto, ele explica a respeito do processo de cisão de uma paciente que foi abusada sexualmente pelo pai e que vivenciou a solidão traumática. De acordo com Ferenczi (1932/1990), a solidão traumática, a interdi-

---

<sup>1</sup> Acréscimo meu.

ção e a vontade de interdizer o pai, a surdez e a cegueira da mãe, que parecia não escutar os apelos por socorro nem enxergar o que acontecia à criança, seriam os elementos que tornam a agressão traumática a ponto de provocar a fissura no psiquismo. O sujeito desamparado em sua solidão deverá ajudar-se a si mesmo, para o qual lançará mão dos processos de clivagem dividindo-se em uma parte cuidadora e uma parte que é cuidada.

Ferenczi (1932/1990) aborda questões relativas à técnica e ao manejo clínico na escuta desses pacientes traumatizados. Ele enfatiza a importância da reconquista da confiabilidade nos objetos externos, tópico que perpassa todos os níveis deste trabalho. Ele nos indica que, para esse tipo de paciente, a reconquista da confiança é um processo delicado que exige a adaptação do analista às necessidades manifestadas em cada caso, muitas vezes obrigando-o a fazer mudanças no *setting*, além de assinalar condições especiais que o analista deverá reassegurar ao paciente durante todo o processo de análise. Essas propostas técnicas se assentam na ética do cuidado, um modo ferencziano de problematizar e reescrever a ética do psicanalista.

Entre as habilidades a serem desenvolvidas ou tornadas presentes no manejo clínico dos analistas que desejam tratar de pacientes difíceis, Ferenczi (1932/1990) destaca a sinceridade do analista, avesso da hipocrisia fundamental que muitas vezes rege a prática psicanalítica. Ele também dá ênfase ao crédito dado pelo terapeuta à realidade do evento narrado pelo paciente, como realidade externa e compartilhada. O paciente deverá sentir-se seguro de que o analista o compreende no que diz respeito a seus sentimentos ambivalentes de amor e ódio em relação a seus objetos primários e, ainda, quanto aos sentimentos ambivalentes de horror e prazer experimentados durante o evento traumático, que configuram a sua identificação com o agressor. E acredito que o mais relevante seria sentir a segurança de que o terapeuta não repetirá o comportamento do(s) agressor(es).

## Vivendo à sombra do colapso

Para dar prosseguimento às nossas reflexões, podemos nos questionar o que teriam em comum o *medo da loucura* e a *solidão traumática*? As duas experiências se relacionam às vivências traumáticas que, em muitos casos, nem sequer têm registro na memória consciente e lançam os pacientes muito traumatizados a uma constante de sentimento de que algo catastrófico está prestes a lhes acontecer, que seu mundo poderá ruir, que poderão perder o

chão, morrer, enlouquecer, ou todas aquelas possibilidades às quais Winnicott (1963/1994a) nomeou de *agonias impensáveis*.

Foi justamente Winnicott (1963/1994a) que, mais de 30 anos depois de Ferenczi publicar suas ideias sobre o medo da loucura e a solidão traumática, apresentou um importante artigo intitulado *O medo do colapso (Fear of breakdown)*.

Winnicott (1963/1994a) empreende uma fina análise sobre um dos efeitos provocados pelas falhas de um ambiente insuficiente para o indivíduo durante os estágios mais precoces de seu desenvolvimento psíquico. Tomo a liberdade de aproximar loucura e colapso<sup>2</sup> (*breakdown*), já que o conceito de enlouquecer traz em seu bojo a ideia de caos e desequilíbrio.

É assim que Winnicott inicia a sua explanação:

O medo do colapso é um aspecto de importância em alguns de nossos pacientes, mas não em outros. Desta observação, se for correta, pode-se tirar a conclusão de que esse medo se acha relacionado às experiências passadas do indivíduo e aos caprichos ambientais (1963/1994a, p. 70).

É importante observar que Winnicott retoma aquilo que Ferenczi vislumbrou 30 anos antes – a percepção clínica de que o medo do colapso era o temor de algo já ocorrido, vivenciado, mas não experienciado e integrado ao psiquismo do sujeito. Sem registro consciente, embora exista registro da vivência traumática que permanece como memória corporal. Ainda, ele acrescenta algo sobre a influência dos fatores ambientais, que surgem como importante elemento desencadeador dos processos que chamamos aqui de medo do colapso – *Breakdown* – uma palavra que dimensiona com muita precisão o processo psíquico que estamos discutindo neste texto. *Breakdown*, em tradução livre, significa quebrar e cair, palavras frequentes no discurso daqueles que se sentem perseguidos pelo medo da solidão, da loucura e da morte. Mais uma vez, retomo a fala da minha paciente quando menciona sua sensação de estar caindo em um poço sem fundo e de se sentir quebrada... claramente uma forma de comunicar o seu sentimento de agonia e temor de desintegração.

---

<sup>2</sup> Se Winnicott compreende que o trauma se estabelece a partir de um padrão de falhas ambientais, compreendemos que as *agonias impensáveis* – decorrentes das vivências de privação e/ou rupturas da continuidade do ser do bebê – poderão ser consideradas a matriz traumática de onde se desenvolve o medo do colapso. Assim, parece-nos coerente a aproximação entre loucura e colapso.



Embora saibamos que, para Winnicott (1963/1994a), o conceito *stricto sensu* de *breakdown* se refere à falência de uma organização defensiva de tipo psicótico, em uma rápida pesquisa sobre possíveis significados para a palavra *colapso* em nosso próprio idioma encontramos uma variedade de sinônimos – crise, decadência, declínio, queda, ruína, degradação, enfraquecimento, fraqueza, falência, falha, debilidade, descensão, desmoronamento, derrocada, depauperamento, perecimento, agonia –, entre os quais destaco “desmoronamento” e “agonia” para dar alguma figurabilidade a esse conjunto de manifestações de angústias e sentimentos. Acredito que a ideia do *desmoronamento psíquico* das defesas previamente organizadas que leva o sujeito a entrar em contato com a experiência de *agonia* primitiva que não foi passível de ser vivida em um período muito precoce se adequa bem às reflexões que estamos construindo.

Cabe aqui mais uma ressalva: quando aludimos a colapso e, por conseguinte, a desmoronamento, estamos nos referindo ao colapso e ao desmoronamento das defesas que foram erigidas e mantidas em funcionamento para proteger o psiquismo imaturo das agonias primitivas e impensáveis. Esse comentário, portanto, nos leva a outro: como então ocorreria esse colapso? De que forma ele se tornaria possível? Será que é um colapso apenas das defesas, ou de toda uma parte do ego – incluindo identificações, complexos afetivos, redes de relacionamentos, entre objetos internos? A cisão foi o que permitiu a anestesia e a desconexão com a vivência traumática. A cisão foi a defesa para aguentar o impacto. O colapso dessa defesa quer dizer o seguinte: o que estava cortado (cindido), anestesiado, desaparece – entra em colapso e vem à tona a imensidão das angústias que tinham sido cindidas.

É preciso lembrar que, de acordo com os postulados de Ferenczi e Winnicott, o que provoca o medo do colapso, a primeira grande vivência traumática que provocou uma violenta ruptura no psiquismo, já aconteceu. O medo do colapso é o medo de voltar a sentir as agonias impensáveis do passado. Aquelas que tinham sido *apagadas* pela cisão. Para Ferenczi (1933/1992), o trauma aconteceu através de um traumatismo real com a participação de objetos externos, que foram agentes da experiência traumatogênica.

O colapso primordial para Winnicott ocorre em consequência de falhas ambientais muito precoces, privação e/ou invasão, que obrigam o bebê a abandonar a experiência de ser para reagir, acionando defesas primitivas. E, por isso, os desdobramentos dessas experiências de falta ou excesso se fazem sentir mais tarde: surgem nas manifestações dos adoecimentos psíquicos mais graves, como as psicoses esquizofrênicas, as melancolias e os transtornos psi-

cossomáticos. Para um bebê pequeno tão vulnerável, é difícil escapar a um colapso, caso o seu ambiente falhe em se adaptar minimamente às suas necessidades.

Temos ciência de que, a partir da ruptura psíquica advinda do trauma, se organizam defesas que possibilitarão ao indivíduo a sua sobrevivência e adaptação ao mundo externo. Muitos indivíduos tornam-se tão bem adaptados que aparentemente funcionam de forma satisfatória em todas as esferas de sua vida. No entanto, por mais bem-sucedidos ou bem adaptados que sejam, muitos pacientes manifestam a sensação de estar vivendo uma vida falsa, ou de não serem eles mesmos, ou, ainda, como se estivessem “vivendo um eterno ensaio, aguardando para entrar finalmente no palco de sua verdadeira vida” (palavras de um paciente em análise). Outros sentem-se perseguidos por uma sombra melancólica cuja origem não sabem determinar e que, podemos inferir, são a presença de vozes persecutórias, na forma de um superego arcaico. Há nesses indivíduos uma profunda desconfiança do mundo e das pessoas, e parece extremamente difícil, praticamente impossível se permitirem experimentar uma situação de dependência. Há também aqueles que conseguem claramente verbalizar que sentem como se toda a sua vida fosse uma farsa.

O equilíbrio do funcionamento psíquico se dá a partir da predominância das experiências de satisfação, conforto e segurança sobre as experiências de frustração e privação. É na dialética entre as pulsões e essas experiências boas e ruins com os objetos externos, na alternância de sua presença e ausência, dentro de um registro de cuidados organizados e contínuos, além de uma verdadeira disponibilidade e investimento emocional do ambiente para com o seu bebê, que se formarão as imagens que darão origem aos objetos internos, tão fundamentais para que o indivíduo constitua em seu interior uma reserva psíquica capaz de sustentá-lo em futuras situações de crise. Quando o ambiente falha em suas funções primordiais de se adaptar, proteger e suprir as necessidades do ego em formação, os resultados podem ser catastróficos.

Em consonância com Ferenczi e Winnicott, acreditamos na importância para o paciente traumatizado da presença de um bom objeto interno e externo para superar o trauma. Felizmente, pude encontrar nos textos desses dois teóricos, baseados em sua intensa prática clínica, a confirmação para as intuições que eu vinha desenvolvendo em meu próprio consultório. A paciente, trazida neste texto na forma de vinhetas clínicas, desenvolveu ao longo de seu tratamento uma forte transferência com a minha voz. Vivian mencionou em várias ocasiões que para ela era mais importante escutar o som da minha voz do que o conteúdo do que eu dizia. Ela acrescentava que se sentia acalentada, acalmada.

Para pacientes muito traumatizados, violentados, parece ser extremamente importante manter viva a chama da esperança. Essa voz que a paciente escutava, com sua cadência e entonação, talvez lhe servisse de ambiente acalmador, colo, canção de ninar. É curioso que Vivian, depois de quase dois anos afastada, tenha retornado à análise.

Acreditamos que um bom começo lançará as bases para um funcionamento psíquico saudável e capaz de superar as situações de tensão a que o ego será exposto frequentemente. Luís Claudio Figueiredo nos traz uma importante contribuição quando defende a ideia de algo que nomeia de *princípio de esperança*, um potencial que se desenvolve em decorrência de um encontro favorável com o objeto primordial, e que,

deriva da possibilidade desse encontro ocorrer nas condições em que as funções primárias do objeto mais são necessárias, ou seja, em seguida a episódios traumáticos e quando o bom enfrentamento do trauma (sua “liquidação”, como diria Ferenczi) requer um movimento regressivo na direção de um contato muito profundo e radical com o ambiente em sua condição pré-objetal (FIGUEIREDO, 2008, p. 161).

Esse conceito me parece pertinente por sua estreita ligação com o tema da confiabilidade que perpassa as relações primitivas constituintes do psiquismo, e, também, a relação analítica, já que os pacientes muito traumatizados necessitam que a sua confiança no ambiente e no objeto sejam continuamente reasseguradas.

Devemos lembrar que muito cedo os pacientes fortemente traumatizados sofreram uma violenta decepção na relação com seus objetos externos. E podemos acrescentar que, se não é possível confiar nos objetos externos, qual a qualidade da relação com os objetos internos? Eu me adiantaria dizendo que tais objetos internos assumiriam o aspecto de figuras hostis e perseguidoras, atormentando a mente desses indivíduos de tal forma como se a qualquer momento – utilizando uma imagem frequente no relato de sonhos de crianças – um fantasma escapasse da escuridão para lhes assombrar a vida diurna.

Winnicott (1963/1994a, p. 71) afirma em seu texto que “o ego não pode se organizar contra o fracasso ambiental, na medida em que a dependência é um fato da vida”. Ele nos indica o teor de vulnerabilidade em que se encontra o psiquismo em formação no período mais primitivo do desenvolvimento. Não que traumatismos em outros estágios da vida não possam se tornar tão nocivos à saúde psíquica quanto neste, mas Winnicott está dando ênfase a um pe-

ríodo especial em que todo o conjunto de mecanismos psíquicos, emocionais e neurológicos está dando seus primeiros passos e creio que isso deve ser levado em consideração ao pensarmos a gênese das patologias mais graves. Nesse período, a integração do ego não é capaz de abranger [conter, envolver, incluir, compreender] algo. O ego é demasiadamente precário para reunir todas as experiências dentro da área de onipotência pessoal (WINNICOTT, 1963/1994a).

Mas o que significa não ser capaz de “reunir todos os fenômenos dentro da área de onipotência pessoal”?

Em uma contribuição muito significativa, Thomas Ogden (2016), no texto *O medo do colapso e a vida não vivida*, faz uma análise de *Fear of breakdown*, de Winnicott, na qual apresenta ideias esclarecedoras para essa questão. Vejamos:

O que vem a seguir é a minha interpretação da declaração de Winnicott a respeito da incapacidade de o ego imaturo reunir os fenômenos na área de onipotência pessoal. Acredito que o termo “onipotência pessoal” se refere ao sentimento de fundo do mundo interno da pessoa que alcançou a condição de unidade, alguém que se tornou uma pessoa em seu próprio direito. Se essa suposição estiver correta, a onipotência, nesse contexto, refere-se à interiorização da experiência inicial com a mãe que foi capaz de criar para o bebê a ilusão de que o mundo é exatamente como ele quer e precisa que seja. Embora a mãe (o ambiente facilitador) amadureça de modo a responder à necessidade cada vez maior do bebê por “cuidado negativo e negligência viva” (WINNICOTT, 1949, p. 245), que facilitará o desenvolvimento dele para a condição de unidade, a experiência inicial de “onipotência” – a experiência de o mundo ser apenas como deveria ser – permanece como elemento do mundo interno inconsciente saudável do indivíduo (OGDEN, 2016, p. 85).

Figueiredo (2018) acrescenta que o medo do colapso:

É em si mesmo uma condição angustiante, intensa e crônica que costuma aumentar, até mesmo quanto mais evidentes são os sinais positivos de realização e tranquilidade. O sujeito está sempre de prontidão, preparado para o pior, usando a angústia como sinal de risco iminente. Só que, neste caso, a angústia sinal, como não pode mais evitar o trauma já acontecido, vem com a força e a capacidade irruptiva de uma angústia automática (2018, p. 67).

É uma tentativa inconsciente do paciente traumatizado de se manter na posição ativa. O paradoxo, no entanto, encontra-se exatamente no ponto em que, ao mesmo tempo que busca se manter no papel ativo, mascara uma passividade já instalada, recobrando-a com uma atividade angustiada.

Figueiredo (2008) também faz referência a um *lugar-não-lugar* no psiquismo em que se acumulariam os registros e as repetições das vivências/experiências de *morte dentro*, as quais poderíamos aproximar das vivências catastróficas do colapso, continuamente negadas pelo uso das defesas maníacas: *o inconsciente invalidado*, que não deve ser confundido com o inconsciente recalçado. O que opera no inconsciente invalidado, de acordo com Robert D. Stolorow e George Atwood (1993 *apud* FIGUEIREDO, 2008), são basicamente a cisão e a dissociação fortemente utilizadas para mascarar o vazio e o horror da solidão e do completo desamparo advindos das vivências traumáticas.

Vivências que estão fora do tempo cronológico e somente poderão ser integradas ao psiquismo através de um relacionamento no tempo presente com um objeto externo real capaz de reconstituir o ambiente primário e exercer as funções de proteção e sustentação onde o ambiente original falhou, quando o sujeito se sentir seguro o suficiente para permitir-se entrar em uma relação de dependência e regredir, refazendo o caminho até o trauma original, só que agora com a esperança de ressignificar sua história e finalmente simbolizar a angústia persecutória, integrando-a como parte de si mesmo.

Ogden (2016) também faz importantes observações sobre esse tema quando analisa as descobertas de Winnicott em *Fear of breakdown*. Ele afirma que o pensamento de Winnicott sobre a relação do passado com o presente, em um colapso que ocorre, mas não é vivido, diferencia-se do conceito *après-coup* [Nachträglichkeit] de Freud (1914/2010). Este último refere-se à maneira como “experiências, impressões e traços de memória podem ser revistos em uma data posterior para se encaixar com novas experiências ou com o surgimento de um novo estágio de desenvolvimento” (1991/2001, p. 33 *apud* LAPLANCHE; PONTALIS 2012). No *après-coup*, o acontecimento *foi vivido*, nunca foi pensado, mas há uma ressignificação ou a nova significação que muda o desenvolvimento psicológico do indivíduo. No medo do colapso, o acontecimento não foi vivenciado e esse atributo é que define sua relação com o presente.

Mais adiante, Ogden (2016) traz, em uma preciosa nota de rodapé, outra importante observação de Faimberg sobre a relação entre passado e presente em *Fear of breakdown* (e em *Nachträglichkeit* em geral). Faimberg (*apud* OGDEN, 2016, p. 208) compreende a vivência de um evento passado pela primei-

ra vez no presente como algo que envolve um “duplo movimento: de antecipação (agonia primitiva) e de retrospectão (dada pelas palavras do analista)”. Parece-nos que essas ideias de antecipação e retrospectão envolvidas em um movimento duplo transmitem o senso de um passado que ainda não foi vivenciado *procurando* uma experiência no presente e, ao mesmo tempo, o presente *procurando* no passado o que falta em seu estado atual.

A essa suposta repetição, Winnicott (1954/2000) chamará de descongelamento, pois ela não se refere a uma ressignificação, já que não se trata de algo que encontrou representação e foi integrado ao psiquismo e à historicidade do sujeito.

### **Uma segunda chance: sobre a ameaça de quebrar, desmoronar e reconstruir**

Winnicott (1963/1994b) ressalta que a dependência, em conjunto com as falhas do analista, é um fator crucial para colocar em marcha os processos que desencadeiam o medo do colapso.

Em alguns casos, as falhas adaptativas do analista podem funcionar como instrumentos terapêuticos porque até certo ponto repetem as falhas ambientais que ocorreram nos estágios precoces, e são terapêuticas desde que não tenham a mesma magnitude traumática. Têm forte potencial terapêutico porque podem ser corrigidas – às vezes dentro de um curto espaço de tempo cronológico –, criando, em uma espécie de sobreposição, um novo acontecimento dentro do espaço psíquico do paciente – permitindo a reparação das falhas atuais e antigas, simultaneamente.

Outro item fundamental na concepção de Winnicott (1963/1994b) no caso do tratamento de um indivíduo fortemente traumatizado é a necessidade de adaptação do analista ao paciente. A adaptação, a disponibilidade interna e o genuíno interesse do analista para com o seu paciente criam um ambiente de confiabilidade. Esses elementos combinados, somados às possíveis e inevitáveis falhas do analista, reproduzem a falha originária em um *setting* confiável criando um ambiente favorável à regressão à dependência onde pode ocorrer o colapso. E todas essas circunstâncias juntas levam a possibilidades de corrigir as falhas de forma terapêutica, e ao vivo. Às vezes, uma nova falha ambiental também oferece ensejo para que aconteça o colapso.

Ogden (2016) nos lembra que Winnicott propõe uma lista de agonias primitivas – uma forma de dor para a qual a ansiedade não é uma palavra sufi-

cientemente forte, e cada uma acompanhada pela organização defensiva que se destina a proteger da vivência de agonia primitiva de base, que é uma *agonia impensável*. Essas agonias ocorrem justamente quando o ambiente falha no período em que o indivíduo é mais dependente dele, momento em que a mãe deve suprir a função de ego auxiliar, quando o bebê ainda não é capaz de discriminar o eu do não-eu. Se a mãe não foi capaz de entrar no estado de preocupação materna primária, deixará que o bebê “caia”. Essa “queda” é o oposto de *holding*, segurar, sustentar.

Ogden (2016) também compreende que cada agonia primitiva se configura por conta da ausência de vínculo mãe-bebê suficientemente bom (estado de coisas que Winnicott chama de falha do ambiente facilitador).

Como Winnicott (1970/1994, p. 203) deixa claro no texto *Sobre as bases para o self no corpo*, a criança pode “às vezes se desintegrar, despersonalizar e até mesmo por um momento abandonar o desejo quase fundamental de existir e se sentir existente”. Para vivenciar e se movimentar de forma saudável entre todos esses estados, é preciso que o bebê esteja devidamente contido dentro de um vínculo saudável com seu ambiente.

As ideias elaboradas por Winnicott nos levam a pensar na situação de um bebê deixado à sua própria sorte, fora do vínculo fundamental com a mãe-ambiente em que reside toda a possibilidade de um vir a ser. Se o bebê está só, sem o envoltório psíquico ofertado pela mãe-ambiente, sua condição é sentida como aterrorizadora. Winnicott sugere que nessas condições de não integração vividas pelo bebê, se ele não está dentro do vínculo mãe-bebê, fatalmente recorrerá à defesa psicótica de desintegração, o que significa o aniquilamento de si.

Ogden (2016), por seu turno, completa que os estados de angústia sentidos como toleráveis no contexto do vínculo mãe-bebê são agonias primitivas quando a criança precisa vivenciá-las por conta própria. E faz um acréscimo da lista de agonias primitivas e de suas defesas, listadas por Winnicott, dizendo que, “quando desconectada da mãe, a criança, em vez de experimentar a agonia, evita a experiência e a substitui por uma organização defensiva psicótica (como a desintegração)” (OGDEN, 2016, p. 82), fazendo então uma imediata correlação com tudo que abordamos sobre Ferenczi e suas ideias a respeito do medo da loucura e da solidão traumática.

Ainda segundo Ogden:

Da mesma forma a agonia primitiva que Winnicott chama de “cair para sempre” é suprimida, pois seria insuportável a criança

experimentá-la por si mesma. Imagino que a agonia de cair para sempre seja uma experiência retratada no filme de Stanley Kubrick, 2001: uma odisseia no espaço, em que o astronauta flutua sozinho para o espaço vazio, silente e sem fim depois que o cordão umbilical com a nave espacial é cortado (2016, p. 82).

Lembre-mos da fala da paciente Vivian, quando, durante uma sessão, afirma sentir que está caindo em um abismo sem fundo. E, ainda, de todos os relatos trazidos por essa paciente de suas vivências de violência e desamparo. É possível que vislumbremos nas palavras de Ferenczi, Winnicott e Ogden algum indício que nos ajude a compreender os mecanismos utilizados pelo psiquismo desta paciente, para dar conta, ao menos provisoriamente, de todos os traumas sofridos por ela.

Ogden (2016) nos afirma que, com a finalidade de não sentir a agonia insuportável de cair para sempre, a criança se defende por meio de “autossustentação”. Ela deverá tornar-se capaz de cuidar de si mesma, suprir as próprias necessidades, na ausência da mãe, de manter coeso seu próprio ser. O autor insiste que a ideia central aqui é que “a sensação de cair para sempre é apenas uma agonia quando o eu infantil está desconectado da mãe” (OGDEN, 2016, p. 82).

A falta de um vínculo suficientemente bom entre o bebê e seu ambiente primário é o que provoca a ruptura na continuidade do ser do bebê. Se a mãe não está lá – para suprir, conter, sustentar e apresentar o mundo de objetos ao bebê, ou seja, ser o primeiro ambiente facilitador para esse ser completamente dependente e desamparado –, o ego primitivo e incipiente do bebê lançará mão de uma cisão radical para sobreviver. Nos termos de Ogden (2016):

A meu ver, o termo “colapso” refere-se ao colapso do vínculo mãe-bebê, o que deixa o bebê em carne viva, e à beira da não existência. A criança, nesse estado – desconectada da mãe –, é remetida para o que pode se transformar em vivência de agonia primitiva. Mas a vivência de agonia primitiva não acontece (ou é evitada), porque o bebê, cujo próprio ser está ameaçado, usa, de forma total, a organização defensiva que exclui a de agonia primitiva. Assim, parece-me que o termo colapso se refere à ruptura do vínculo mãe-bebê, não a um surto psicótico. A psicose encontra-se na defesa contra a experiência de ruptura do vínculo mãe-bebê (2016, p. 84-85).

Recordamos que a inter-relação constante entre as pulsões e as experiências de satisfação, proteção e conforto vindas do ambiente e no contato com os



objetos externos formará as bases para que se formem as reservas psíquicas de bons objetos internos, fonte potencial de elaboração e expansão do ego.

Na clínica psicanalítica, o medo do colapso pode finalmente surgir quando há o encontro de um ambiente confiável, criado a partir do relacionamento com o analista e o *setting* que ele provê.

A ansiedade manifesta de Vivian ao deparar-se com tantas *novas verdades* sobre si mesma (sua passagem “imperceptível” pela menopausa, o envelhecimento, a possibilidade de extrema solidão e desamparo por conta da partida do único filho para um país distante), fatos que se apresentavam como completamente novos, ante a sua percepção, me faz crer que tais situações levaram-na de volta no tempo, ou possivelmente, trouxeram à tona vivências de extremo desamparo e solidão que ficaram congeladas desde um período muito precoce de sua vida, para serem finalmente experienciadas durante a análise, quando se apresentaram condições favoráveis de acolhimento e sustentação.

Luciana Cartocci (1998) nos fala de *construções em falso*, algo que julgo pertinente tomar de empréstimo para falar de pacientes como Vivian. Aparentemente, toda a sintomatologia trazida por eles nos impele rapidamente a categorizá-los como histéricos, neuróticos. Olhando mais de perto, e com bastante cuidado, vamos percebendo importantes fissuras em seus processos constitutivos mais primitivos. Indivíduos deixados em carne viva, pela insuficiência psíquica de seus ambientes primários, que para poder sobreviver se transmutaram em alguma coisa que não é o seu verdadeiro *self*. Deformando, como dito por Ferenczi (1990), a realidade externa e interna. Construções que se deram a partir de vivências de extremo desamparo.

Um pouco mais à frente, a autora nos faz uma interessante indagação: Por que algumas construções são mais sólidas que outras? Ao responder, ela diz que “talvez menos pelo seu conteúdo e mais pelo *amálgama* que é utilizado, da quantidade de *amor-ligação* que vem se sobrepor ao desamparo inicial” (CARTOCCI, 1998, p. 22, grifo da autora).

Ao associar *amálgama* e *amor-ligação* essa autora me levou de volta a paciente Vivian quando, por inúmeras vezes, comentou que para ela era mais importante escutar o som da minha voz do que o conteúdo daquilo que eu lhe destinava através de minhas intervenções e interpretações. Acredito vivamente que as modulações da minha voz, nas suas múltiplas dimensões expressivas e, sobretudo, na dinâmica transferencial, tiveram, para essa paciente, o poder de dizer aquilo que as palavras não dizem, criando um ambiente de confiança e segurança para ela. No trabalho analítico, há sempre alguma atenção à qualidade melódica de uma intervenção ou interpretação. Além disso, podemos

identificar que nos posicionamos e projetamos a nossa voz de determinada forma, a depender das expectativas do ambiente e das experiências emocionais veiculadas em determinado momento. A voz de um analista carregada do *tônus* afetivo apropriado a cada intervenção ou interpretação em análise, que se compadece e empatiza com o sofrimento do paciente traumatizado parece ser um elemento fundamental como facilitadora dos processos de simbolização daquela paciente em análise (VIEIRA; CINTRA, 2022).

Em *Reflexões sobre o trauma*, Ferenczi (1934/2011, p. 136) afirma que o choque traumático “é equivalente à aniquilação de si, da capacidade de resistir, agir e pensar com vistas a defesa do si mesmo (*soi*)”. E prossegue: “Também pode acontecer que os órgãos que asseguram a preservação do si mesmo abandonem ou, pelo menos, reduzam suas funções ao extremo” (FERENCZI, 1934/2011, p. 136). O autor explica que a palavra *Erschütterung* (comoção psíquica) deriva de *Schutt* que significa “restos, destroços; engloba o desmorrimento, a perda de uma forma própria e a aceitação fácil e sem resistência de uma forma outorgada. ‘à maneira de um saco de farinha’” (FERENCZI, 1934/2011, p. 125). Facilmente podemos encontrar associações que nos levam às ideias de Winnicott sobre *breakdown*, ou ainda de Ogden (2016) quando fala do colapso do vínculo mãe-bebê, temas que foram discutidos dentro deste artigo.

Para finalizar, gostaria de evocar o termo *glue* (cola, em inglês) utilizado por Ferenczi (1932/1990) como sinônimo para amor em algumas anotações de seu *Diário Clínico*. Ferenczi faz uso do termo *glue* com o sentido de substância adesiva com o poder de dar coesão, juntar, reunificar, restaurar o que foi quebrado, fragmentado, estilhaçado pelo trauma. “A presença de alguém com quem se possa compartilhar e a quem se possa comunicar a alegria e o sofrimento (amor e compreensão), CURA o trauma” (FERENCZI, 1932/1990, p. 248). A partir da dinâmica relacional e transferencial estabelecida em análise, dentre outros fatores cria-se um ambiente de sustentação e continência que permite que personalidade traumatizada que fora cindida seja reunificada, “CURADA” (FERENCZI, 1932/1990, p. 248).

Palavras do *enfant terrible* da Psicanálise.

### Tramitação

Recebido 08/11/2023

Aprovado 04/03/2024

## Referências

- CARTOCCI, L. Pânico, pane...um divã para a queda. *Revista Percurso*, São Paulo, ano XI, n. 21, p. 16-22, 1998.
- FERENCZI, S. (1931). *Traumatismo e angústia*. São Paulo: Martins Fontes, 2011. p. 293-294. (Obras completas Sándor Ferenczi, 4).
- \_\_\_\_\_. (1933). *Confusão de línguas entre adultos e a criança*. São Paulo: Martins Fontes, 1992. p. 97-106. (Obras completas Sándor Ferenczi, 4).
- \_\_\_\_\_. (1934). *Reflexões sobre o Trauma*. São Paulo: Martins Fontes, 2011. p. 125-136. (Obras completas Sándor Ferenczi, 4).
- \_\_\_\_\_. (1932). *Diário clínico*. São Paulo: Martins Fontes, 1990.
- FIGUEIREDO, L. C. *Psicanálise: elementos para a clínica contemporânea*. São Paulo: Escuta, 2008.
- \_\_\_\_\_. *A psicanálise: caminhos no mundo em transformação*. São Paulo: Escuta, 2018.
- \_\_\_\_\_. A matriz ferencziana de adoecimento psíquico e seus ecos: Balint e Winnicott. *Revista brasileira de psicanálise*, v. 51, n. 2, p. 153-165, 2017. Disponível em: <<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/881907/luis-claudio-figueiredo2.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2023.
- FREUD, S. (1914[1918]). *História de uma neurose infantil (“O Homem dos Lobos”)*, além do princípio do prazer e outros textos (1917-1920). Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 13-160. (Obras completas, 14).
- \_\_\_\_\_. (1926). *Inibição, sintoma e angústia, o futuro de uma ilusão e outros textos (1926-1929)*. Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2014. p. 13-123. (Obras completas, 17).
- LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.-B. *Vocabulário de psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 2012.
- OGDEN, T. O medo do colapso e a vida não vivida. In: *Livro anual de psicanálise*. Tomo XXX-I. São Paulo: Escuta, 2016. p. 77-93.
- VIEIRA, M. R. J.; CINTRA, E. M. de U. Sobre a importância da voz do analista no tratamento de pacientes traumatizados. *Revista Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, v. 56, n. 3, p. 163-178, 2022.
- WINNICOTT, D. W. (1935). A defesa maníaca. In: \_\_\_\_\_. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 199-217.

- \_\_\_\_\_. (1954). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto analítico. In: \_\_\_\_\_. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 374- 392.
- \_\_\_\_\_. (1963). O medo do colapso. In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (Orgs.). *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994a. p. 70-76.
- \_\_\_\_\_. (1963). Da dependência a independência no desenvolvimento do indivíduo. In: \_\_\_\_\_. *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes, 1994b. p. 79-87.
- \_\_\_\_\_. (1970). Sobre as bases para o self no corpo. In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (Orgs.). *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott*. São Paulo: Artmed, 1994. p. 203-218.