

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO – PUCSP
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM PSICOLOGIA CLÍNICA

MARCUS RODRIGUES JACOBINA VIEIRA

Vivendo à sombra do colapso:
A clínica psicanalítica com pacientes traumatizados

São Paulo
2020

MARCUS RODRIGUES JACOBINA VIEIRA

Vivendo à sombra do colapso:

A clínica psicanalítica com pacientes traumatizados

Tese apresentada ao Programa de Estudos Pós-graduados da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo para obtenção do título de doutor em Psicologia Clínica.

Área de concentração: Tratamento e Prevenção

Orientadora: Profa. Dra. Elisa Maria de Ulhôa Cintra

São Paulo

2020

VIEIRA M.R.J. Vivendo à sombra do colapso: A clínica psicanalítica com pacientes traumatizados. 2020. 140 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Programa de Estudos Pós-graduados, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2020.

Aprovado em: _____

Banca Examinadora

Prof. Dr. Elisa Maria de Ulhôa Cintra

Instituição: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC SP

Julgamento:

Profa. Dra. Rosa Maria Tosta

Instituição: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC SP

Julgamento:

Prof. Dra. Ana Cristina Mazzolla

Instituição: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC SP

Julgamento:

Profa. Dra. Cláudia Perrota

Instituição: Instituto Sedes Sapientiae

Julgamento:

Prof. Dr. Daniel Schor

Instituição: Universidade de São Paulo USP

Julgamento:

DEDICATÓRIA

Para Ayla e Francisca.

“O presente trabalho foi realizado com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ).”

“This study was financed in part by the Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ).”

Número do processo: 142.291/2016-1.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Profa. Dra. Elisa Maria de Ulhôa Cintra, por não ter desistido de mim, por ser quem é, por ter permitido toda a minha movimentação interna e externa para tomar posse do meu verdadeiro self. Por sua parceria generosa, sua alternância de presença-ausência, bem a maneira das mãos suficientemente boas, deixando o espaço para que eu expandisse meus horizontes e conquistasse minha independência e autonomia.

Aos colegas do grupo de orientação Ana Carolina Segala Godoy, Ana Maria Cunha, Vanessa Chreim, Eduardo Zaidan e Vitor de Jesus que contribuíram ativamente durante nossos encontros mensais de orientação. Além destes as colegas Adriana Gradin e Anna Silvia Rosal de Rosal pelas interlocuções frutíferas.

A banca de qualificação formada pelas professoras Rosa Maria Tosta e Cláudia Perrotta, que tanto contribuíram com suas sugestões, possibilitando que nosso trabalho tomasse uma forma ainda mais consistente.

Aos professores Alfredo Naffah Neto, Luís Cláudio Figueiredo e Renato Mezan, do Núcleo de Método Psicanalítico e Formações da Cultura que direta ou indiretamente contribuíram para enriquecer e iluminar minha trajetória teórica.

Ao CNPq pela bolsa de estudos concedida, o que viabilizou minha dedicação integral a realização deste projeto.

A todos aqueles que de algum modo contribuíram para que meu trabalho se tornasse uma fonte de inspiração e aprendizado.

E especialmente aos meus inúmeros pacientes que no decorrer dos últimos oito anos, depositaram em mim a sua confiança, me proporcionando um enorme aprendizado e me ajudando a dar forma às narrativas trazidas para esta pesquisa.

RESUMO

Vieira, Marcus Rodrigues Jacobina. Vivendo à sombra do colapso: A clínica psicanalítica com pacientes traumatizados. 2020. 140f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Núcleo de Método Psicanalítico e Formações da Cultura, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, São Paulo, 2020.

A partir da experiência clínica com duas pacientes traumatizadas foi despertado o interesse em compreender de que forma o trauma participou na gênese do adoecimento psíquico de ambas, e de que modo as organizações psíquicas decorrentes desses traumas se manifestaram na situação clínica: transferência, contratransferência e nas tentativas de tratamento durante os seus processos de análise. Este trabalho se propôs a pesquisar a clínica psicanalítica de pacientes precocemente traumatizados apoiando-se nas teorias de Sándor Ferenczi, Donald Winnicott e Michael Balint, tanto em termos psicopatológicos como na ética e técnica destes autores, no que tange procedimentos clínicos e terapêuticos para o tratamento desse tipo especial de paciente. A pesquisa permitiu pensar a situação clínica a partir daquilo que Ferenczi nomeou de medo da loucura, solidão traumática e o que Winnicott chamou de medo do colapso. Será que no funcionamento das pacientes mostraram-se presentes defesas correspondentes ao que estes autores identificam como cisão patológica? Buscamos elucidar tais questões e tecemos considerações sobre os tipos de intervenções que o analista foi levado a adotar na tentativa de ajudar essas pacientes.

Palavras-chave: Trauma. Clínica psicanalítica. Regressão. Ferenczi. Winnicott.

ABSTRACT

Vieira, Marcus Rodrigues Jacobina. Vivendo à sombra do colapso: A clínica psicanalítica com pacientes traumatizados. 2020. 140f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Núcleo de Método Psicanalítico e Formações da Cultura, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, São Paulo, 2020.

From the researcher's clinical experience with two traumatized patients, the interest in understanding how the trauma participated in the genesis of their psychic illness was aroused, and how the psychic organizations resulting from these traumas manifested themselves in the clinical situation, in the transfer, countertransference and treatment attempts during their analysis processes. Other questions that emerged during the research were: did what Ferenczi called fear of madness, traumatic loneliness and what Winnicott called fear of collapse manifest in the clinical situation? Could it be that in the functioning of the patients, defenses were present corresponding to what the two authors identify as pathological fission? We seek to elucidate these issues and make considerations about the types of interventions that the analyst was led to adopt in an attempt to help these two patients. This work proposes to research the psychoanalytic clinic of early traumatized patients based on the theories described by Sandor Ferenczi, Donald Winnicott and Michael Balint, both in psychopathological terms and in the ethics and technique of these authors, with regard to clinical and therapeutic procedures for the treatment of these patients.

Keywords: Trauma. Psychoanalytic clinic. Regression.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
Construções sobre o trauma: Entre Ferenczi e Winnicott.....	12
Objetivos.....	23
Justificativa	24
Método.....	24
CAPÍTULO 1 – NARRATIVAS CLÍNICAS	28
1.1– Ayla.....	28
1.2 - Francisca – trancada pelo lado de fora.....	40
1.2.1. Relato de uma sessão dos primeiros anos de análise.....	48
1.2.2 Relato de uma sessão de alguns anos mais tarde	51
CAPÍTULO 2 – FERENCZI E O MEDO DA LOUCURA, WINNICOTT E O MEDO DO COLAPSO (<i>breakdown</i>).....	54
2.1 A solidão traumática: Aproximações entre o medo da loucura e o desamparo absoluto....	60
2.2 Vivendo à sombra do colapso.....	61
2.3 Uma segunda chance: Sobre o paradoxo de buscar e o temor de encontrar	69
2.4 Styron, Ayla e Francisca: Sobre a ameaça de quebrar, desmoronar e reconstruir	74
CAPÍTULO 3 – SOBRE S INTERSECÇÕES DAS FUNÇÕES ANTITRAUMÁTICAS: ANALOGIAS ENTRE A MÃE SUFICIENTEMENTE BOA E O ANALISTA IMPLICADO	81
3.1 O olhar de Ferenczi sobre o princípio da constituição psíquica.....	82
3.2 O pensamento de Winnicott	90
3.3 Objeto Subjetivo, Relação com objetos (internos) e Desilusão, Transicionalidade, e Uso do objeto: Aspectos saudáveis e patogênicos na passagem da dependência absoluta à dependência relativa.....	96
CAPÍTULO 4 – ENTRE A TERNURA E A PAIXÃO ENTRELAÇADAS: SOBRE A TRANSFERÊNCIA E PROCESSOS REGRESSIVOS DO PACIENTE TRAUMATIZADO ..	104
4.1 Considerações sobre a voz: O banho melódico, ritmo, inflexão.	107
4.2 A regressão terapêutica: Possibilidades e impasses.....	118
4.3 Balint: Regressão maligna e benigna	122
4.4 Algumas considerações sobre o manejo com pacientes muito traumatizados	123
4.5 O objeto de amor primitivo e amor primário.....	125
4.6 Balint e o <i>New Beginning</i>	126
CAPÍTULO 5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	129
REFERÊNCIAS.....	134

INTRODUÇÃO

Em minha prática clínica tem sido recorrente a chegada de pacientes, que, já nas primeiras sessões, relatam experiências fortemente traumáticas. A repetição desse tema em meu consultório, chamou a minha atenção e despertou o meu desejo para uma investigação mais profunda de algumas questões que eu observei no decorrer de seus processos de análise.

A violência e a intensidade dos traumas vivenciados pelas pacientes, que incluíam também formas diversas de abusos físicos e psicológicos, me mobilizaram profundamente, fazendo-me questionar como elas haviam conseguido sobreviver até ali. Duas pacientes do sexo feminino foram escolhidas por mim, pela riqueza de seu material clínico, para fazer parte desta pesquisa, e por terem em comum, sofrido variadas formas de abusos físicos, psicológicos e sexuais.

Embora as duas pacientes escolhidas para compor esta pesquisa, apresentem em seu histórico a vivência do abuso sexual, devemos ressaltar que a esta temática não é o centro desta pesquisa. Nosso olhar se detém sobre os fenômenos do traumático e seus desdobramentos na constituição e desenvolvimento do psiquismo individual, e por isso, as vivências de abuso sexual por suas características traumatogênicas foram incluídas na pesquisa.

Acredito que de diferentes maneiras e graduações, cada uma das pacientes, encontrou seus próprios meios para sobreviver ao impacto do trauma em seu psiquismo. Isto sem deixar de considerar que tal experiência tenha deixado feridas abertas, marcas indeléveis, que de uma forma ou de outra se manifestaram durante o encontro com este analista. Enquanto Ayla demonstra, ao menos em seu discurso manifesto, ser uma mulher muito decidida, agressiva e com sua sexualidade à flor da pele, para só depois estabelecer uma relação de dependência e confiança com o analista, a outra paciente, Francisca, desde o início do seu percurso em análise manifesta o seu sentimento de desamparo, e a sua busca irrefreável por amor, proteção, cuidado e reconhecimento.

Em comum, as duas pacientes, além do trauma do abuso, durante as suas respectivas análises mencionam estar experimentando com o analista uma primeira relação de confiança no tocante a se sentirem suficientemente seguras para relatar a um outro, e em detalhes, suas experiências traumáticas. Cada uma delas parte de referencial de vida completamente distinto

da outra. Ayla é branca, pertence à classe média e teve acesso à educação. Francisca é negra, pobre, migrante nordestina e semianalfabeta.

Além dessas características individuais, que de certa forma são contrastantes, mas nem por isso foram capazes de protege-las de traumatismos intensos e violentos, cada uma encontra com seus próprios recursos psíquicos meios de sobrevivência ante o caos que se estabelece após o trauma. Há que se mencionar também a presença da repetição das cenas traumáticas originais, e cenas traumáticas novas com elementos dos traumas primitivos que de formas muito singulares se apresentam no percurso de vida das duas pacientes, e me levaram a questionar a razão da repetição na dinâmica psíquica daqueles indivíduos. Além disso qual é a real importância dessa repetição na vida posterior dessas pacientes?

Com o passar do tempo e à medida que os atendimentos avançavam senti a necessidade de compreender mais a fundo os mecanismos do trauma. Esse interesse me levou a mergulhar nas teorias do trauma de Ferenczi que sempre considerou a importância das experiências externas vividas no compartilhamento de experiências reais na gênese do traumático, tanto quanto na constituição do psiquismo e mais ainda como possibilidade terapêutica. Encontrei nesse autor, confirmações para as minhas intuições clínicas e mais ainda, para minha forma de manejar a análise das pacientes supracitadas.

Num primeiro momento, toda a sintomatologia trazida por estas pacientes, nos impele rapidamente a categorizá-las como histéricas, neuróticas. 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*. As vivências de extremo desamparo foram se revelando algo recorrente em suas vidas, o que, sem dúvida, influenciou a forma como seu psiquismo se constituiu e desenvolveu. Afirmamos em conformidade com aquilo que Ferenczi (1932) postulou certa vez, que indivíduos muito traumatizados costumam deformar a realidade externa e interna para dar conta de sua sobrevivência.

Em consonância com as minhas intuições e questionamentos também me aproximei das teorias de Winnicott por encontrar em suas formulações teórico-clínicas apoio e algumas respostas para minhas dúvidas e indagações clínicas.

Desta forma esta pesquisa se propõe a levantar alguns questionamentos que derivaram da minha experiência clínica com um tipo de paciente considerado pela literatura psicanalítica

como fortemente traumatizado. Para dar corpo teórico e iluminar o nosso percurso no trabalho seguiremos a trilha aberta por Sandor Ferenczi e Donald Winnicott, como teóricos centrais desta pesquisa, mas também nos sentimos autorizadas a recorrer a outros psicanalistas contemporâneos como Michael Balint, Thomas Ogden e Luís Claudio Figueiredo, entre vários.

Construções sobre o trauma: Entre Ferenczi e Winnicott

De acordo com Laplanche e Pontalis (2012) o trauma é um acontecimento da vida do sujeito que se define pela sua intensidade, pela incapacidade em que se encontra o sujeito de reagir a ele de forma adequada, pelo transtorno e pelos efeitos patogênicos duradouros que provoca na organização psíquica.

Em termos econômicos, o traumatismo caracteriza-se pelo afluxo de excitações sentido como excessivo ou insuportável pelo sujeito em sua capacidade de dominar e de elaborar psiquicamente tais excitações.

O vocábulo “trauma” é originário do grego, *traúma*, e significa ferida com efração, lesão. Trauma e traumatismo são termos há muito utilizados em medicina e cirurgia. No sentido médico (traumatologia), o trauma é uma “lesão de extensão, intensidade e gravidade variáveis, que pode ser produzida por agentes diversos (físicos, químicos etc.), de forma acidental”. A noção de traumatismo ficaria reservada mais para as consequências no conjunto do organismo de uma lesão resultante de uma violência externa.

No sentido psiquiátrico, trauma é uma “agressão emocional capaz de desencadear perturbações psíquicas e, em decorrência, somáticas”.¹ E, no sentido figurado, uma “dor moral”.

A Psicanálise toma de empréstimo esses termos e transpõe para o plano psíquico as três significações que neles estavam implicadas: a de um choque violento, a de uma efração e a de consequências sobre o conjunto da organização (LAPLANCHE e PONTALIS, 1982, p.523). Cabe a ressalva de que em Freud encontramos somente o termo trauma.

¹ Dicionário de Português, online. Aurélio Buarque de Holanda. Disponível em: <<https://www.dicio.com.br/aurelio-2/>>. Acesso em: 14 out. 2018.

Sigmund Freud, afirma que podem ser consideradas como traumáticas quaisquer excitações providas de fora que sejam suficientemente fortes para atravessar o escudo protetor – ou seja, a película que protege o ego das invasões e excessos de excitabilidade do meio externo. De acordo com o que está escrito no texto de 1920 um acontecimento como um trauma externo poderá provocar um distúrbio em grande escala no funcionamento da energia do organismo que colocará em marcha todas as medidas defensivas possíveis.

O conceito de trauma ocupa posição central no desenvolvimento da teoria clínica de Sándor Ferenczi que por seu turno, deu grande importância aos traumatismos advindos das experiências de abuso sexual, sobretudo quando esses abusos foram sofridos durante a infância e possuíam caráter incestuoso. A frequência com que tais relatos se manifestavam em sua clínica levou-o a validar a veracidade factual dessas experiências, afastando-se da ideia postulada por Freud (1896/1986) de que tais abusos eram produto de fantasias histéricas. Ele encontrou confirmação não apenas pela quantidade de relatos de indivíduos que haviam sido abusados sexualmente, mas também pela presença da confissão dos abusadores durante suas análises.

Sabemos que mais tarde, em 1938 no texto *Um esboço da psicanálise* Freud reconhece a importância das interações com o meio e sua influência na constituição do psiquismo e dos traumas. Considera que o abuso sexual de crianças por adultos, ou mesmo a sedução de uma criança por outras mais velhas, afetariam fortemente o psiquismo em desenvolvimento. Nesse texto Freud também considera que ouvir ou presenciar situações de troca sexual pode ser traumático para a criança.

A obra de Ferenczi é fundada na clínica com situações traumáticas e difíceis, nas quais o modelo clássico de tratamento das neuroses se mostrou insuficiente – desafios que se apresentam na clínica psicanalítica contemporânea. De acordo com Figueiredo e Coelho Jr (2018) a obra de Ferenczi tem sido pensada como uma das matrizes do pensamento psicanalítico, complementar a matriz freudo-kleiniana e conta, na interpretação destes dois psicanalistas, com um importante avanço ao descrever formas passivas de adoecimento.

Além disso, o seu sensível trabalho com pacientes instiga o psicanalista húngaro a construir modelos para a constituição do psiquismo, com relevância para o papel do outro e do contexto das relações afetivas e sociais, tornando-o um percussor da clínica com crianças, dos fenômenos psicossomáticos, da psicose e, sobretudo, da análise e tratamento dos efeitos do trauma no psiquismo (PEREIRA; PERON, 2018 p. 34).

Para ele, a linguagem é física e material, é psíquica, mas também sensível, e somente com base nisso podemos pensar refinadas relações entre o corpo e as dimensões traumáticas das experiências, pois há correspondências sensíveis entre o corpo e o mundo para além das metáforas e dos sentidos ocultos. Ferenczi deu importância às manifestações corporais não verbais que ocorrem durante o processo analítico como uma forma de comunicação do paciente ao analista, e também de regressão, já que os traumas muito precoces são pensados como vivências sem registro na memória consciente. Ele também dá atenção aos efeitos da transferência e da contratransferência no encontro analítico.

A noção de trauma psíquico, central para a psicanálise, pensada muitas vezes como inevitável e constitutiva, e também como causa de adoecimentos pela impossibilidade de contenção e de transformação dos excessos das forças pulsionais ou externas (Coelho Jr. apud Dal Molin, 2016) deve muito de seu incremento as teorizações de Ferenczi. De acordo com Coelho Jr. (2016, p.XIV):

Tanto nas relações intersubjetivas e históricas, quanto na dimensão intrapsíquica, o trauma pode ser definido como um evento intenso e marcante (pontual ou progressivo) do passado, que estende seus efeitos de devastação ao presente e ao futuro.

Foi durante o seu trabalho como médico na Primeira Guerra Mundial que Ferenczi deu início as suas formulações sobre o trauma à medida que aprofundava a sua compreensão sobre os efeitos dos choques psíquicos excessivos. Nesse período ele pode acompanhar de perto as vivências de guerra que o ajudaram a desenvolver a tese na qual aproxima os mecanismos histéricos e os mecanismos específicos operantes nas neuroses de guerra (FERENCZI, 1916).

Ferenczi (2016, p. 272) afirma que o comportamento dos neuróticos traumatizados é comparável ao comportamento de pessoas que sofreram uma agressão sexual na infância e posteriormente tem a compulsão de expor-se novamente a situações semelhantes, procurando “dominar por essa experiência consciente ulterior, a experiência primitiva inconsciente e incompreensível na origem”, a reversão do passivo para o ativo, mecanismo por ele chamado de “traumatofilia inconsciente”.

Aqui ele já nos oferece uma pista para pensar os motivos de pacientes traumatizados, que sofreram variadas formas de violência psíquica e física, se exporem a situações de que repetem a cena original.

Somos, desta forma, compelidos a reconhecer os efeitos paradoxais das repetições que, tal como o retorno do recalcado nas neuroses clássicas, podem ser pensados como o retorno da experiência traumática, com a chance de que sua repetição venha a produzir uma apropriação por reversão do passivo em ativo, e assim a experiência traumática ganhar outro destino psíquico (PEREIRA; PERON, 2018, p.36).

Esse tema da repetição também foi algo que pude perceber no funcionamento e no histórico das minhas pacientes, questões que inicialmente para mim eram incompreensíveis, mas que as elaborações de Ferenczi sobre os pacientes traumatizados puderam iluminar a minha compreensão.

Ferenczi no texto *Psicanálise das neuroses de guerra* (1919, p. 25), afirma:

Segundo a psicanálise, as neuroses de guerra pertencem ao grupo de neuroses cujo desenvolvimento faz intervir não só a sexualidade genital, como na histeria ordinária, mas também uma etapa anterior a esta, que recebeu o nome de narcisismo, de amor a si mesmo, como na demência precoce e na paranoia. Devemos admitir, portanto, que a base sexual dessas chamadas neuroses narcísicas parece menos óbvia.

Em *Reflexões psicanalíticas sobre os tiques*, Ferenczi (1921), tenta avançar estabelecendo de modo mais refinado as diferenças entre a histeria, as neuroses traumáticas e as neuroses narcísicas. Insere também a hipótese de um sistema mnêmico inconsciente do eu, cuja tarefa é registrar constantemente os processos psíquicos ou somáticos do próprio indivíduo. Este seria um depósito de excitação sexual que fornece, mesmo depois do desaparecimento das sequelas da lesão externa, a percepção interna de uma excitação desagradável.

Desta forma a teoria do trauma ferencziana vai avançando da compreensão das neuroses de guerra para outras experiências disruptivas no sentido da insuficiência do psiquismo em representar, processar, elaborar certas experiências.

Acreditamos que o efeito desse tipo precoce de trauma em subjetividades em constituição e formação ética é produzir adoecimentos antes mesmo de o aparelho psíquico poder defender-se dos excessos de forças internas e externas. De acordo com Ferenczi (1928;1929), os traumas por ausência de cuidado do outro tendem a produzir inibições da própria constituição subjetiva e do desenvolvimento por meio de sofrimentos observáveis em bebês e crianças pequenas.

Desde 1913, Ferenczi já problematiza a influência das experiências vividas nos períodos mais primitivos do desenvolvimento no adoecimento psíquico. Ele chama a atenção em especial

para as anomalias da crença, que envolvem credulidade ilimitada, dúvida patológica ou ceticismo e desconfiança sistemáticas; estes seriam sintomas de uma fixação na fase chamada mágica ou projetiva do sentido da realidade, e guardam forte relação com o sentimento de ilusão de onipotência. Figueiredo (2004) aponta que podemos chamar essas anomalias da crença de falhas no processamento da realidade.

No texto de 1924 *As fantasias provocadas* ele dá prosseguimento a descrição dos efeitos dos traumas externos sobre o psiquismo infantil e afirma que crianças muito bem-educadas, cujas pulsões sexuais não têm oportunidade para se manifestar sofrem, a posteriori, de inibição do fantasiar, pensar e agir. Em 1927 no texto *A adaptação da família a criança* ele aponta para a necessidade de o grupo familiar acolher e adaptar-se as necessidades do novo ser nascente. Destaca que a desadaptação comum de algumas famílias não disponíveis por diversos motivos para o cuidado do recém-chegado e os traumatismos precoces causados por essa indisposição. Ressalta ainda alguns momentos importantes na vida do bebê que podem ser traumáticos como o desmame, o treinamento de asseio pessoal, a supressão das manifestações de autoerotismo e a passagem da criança a vida adulta. Esses traumas são estruturantes do psiquismo, pois fazem parte do processo de desenvolvimento individual e inserem a criança na cultura e na vida em sociedade. Para ele, nesses momentos de passagem, é preciso que o adulto saiba conduzir adequadamente a criança, não transformando experiências comuns ao processo de desenvolvimento em experiências traumáticas.

Mais tarde, em *A criança mal acolhida e a sua pulsão de morte* (1929) aponta que na primeira infância, sem o tato dos adultos no manejo e significação dos gestos da criança, as pulsões de morte podem predominar produzindo cisões no psiquismo em constituição. Considero que as cisões são mecanismos de defesa primitivos que procuram isolar o registro do evento traumático e deixá-lo fora do contato associativo dos outros acontecimentos da vida; fora da experiência consciente, do contato, da possibilidade de transformação simbólica. São conteúdos que acabam ficando congelados e não entram na narração da própria história. Apenas de modo secundário essas cisões podem ser compensadas por processos intrapsíquicos que tentam desempenhar as funções maternas ausentes originalmente. Outra vez recorremos ao que Figueiredo (2018, p.28) nos diz a respeito:

[...] modalidades e intensidades de sofrimento e dor que ultrapassam as capacidades ativas do psiquismo, deixando-o provisoriamente ou definitivamente inerte, em estado de morte ou quase morte, com a morte em suspensão, reduzindo, assim o psiquismo a uma condição de passividade.

A temática do traumático retorna em 1929 no texto *Princípio de relaxamento e neocatarse* sendo que Ferenczi dá uma importância maior à dimensão do excesso traumático que vem do ambiente e dos acontecimentos externos, deixando mais na sombra a dimensão pulsional e intrapsíquica do trauma.

Ferenczi vai se aprofundar mais e mais nas questões relacionadas ao trauma até chegar em seu artigo mais famoso *Confusão de línguas entre adultos e a criança* que foi apresentado em 1932 apesar da oposição de Freud. Nesse importante texto ele elabora a tese do trauma motivado pela sedução sexual concreta de uma criança por um adulto. Tal formulação não descarta a teoria freudiana da fantasia da sedução, mas a partir desse texto será preciso articular as dimensões intrapsíquica e intersubjetiva para a compreensão das diversas formas de adoecimentos psíquicos.

Ferenczi sustenta, no texto de 1932, a existência de traumas sexuais de fato ocorridos durante a infância, por meio da escuta de pacientes que sofreram abuso sexual. Alinhado com Freud, ele reconhece a existência da sexualidade da criança, mas afirma que pode haver uma confusão entre o jogo terno infantil e os desejos sexuais do adulto que já atingiu a maturidade sexual. Quando o abuso é negado tanto pelo abusador quanto pelo adulto do círculo afetivo a quem a criança pediu ajuda ocorre uma ampliação de efeitos nocivos e uma verdadeira retraumatização da criança.

Desta forma, podemos pensar o trauma em Ferenczi operando em dois tempos: No primeiro tempo o adulto confunde a linguagem da ternura da criança com a sua própria, linguagem da paixão. A criança, confusa e amedrontada com a intensidade e a estranheza do vivido, reage submetendo-se ao desejo do agressor e identificando-se totalmente com ele. O efeito mais danoso dessa vivência traumática é que na identificação com o agressor, ele é introjetado e se torna intrapsíquico. Ferenczi (1933) acrescenta que não é apenas o agressor que é introjetado, mas também o seu sentimento de culpa e seu ódio, de tal forma que a criança passa a duvidar de sua própria percepção dos acontecimentos inibindo a confiança em seus próprios sentidos. Ela passa a se sentir culpada e responsável pelo abuso que sofreu.

Instaura-se um jogo perverso e doloroso, que se transmutará em adoecimentos psíquicos a longo prazo. A criança para não abrir mão do amor e da dependência do adulto, aceita o sentimento de culpa, de que ela é a responsável pelo abuso tentando com esta operação recuperar o estado de ternura anterior ao trauma. A figura internalizada do agressor toma posse do Eu, ou de partes do Eu produzindo clivagens narcísicas arcaicas.

A identificação com o agressor é um conceito de alta precisão teórico-clínica e sustenta-se no reconhecimento de processos psíquicos paradoxais. Não é raro na clínica situações de retraumatizações nas quais os sujeitos se colocam de novo em situações traumáticas semelhantes ao traumatismo original, seja de forma passiva, seja revertendo a experiência passiva em ativa. Ferenczi nos ajuda a analisar a repetição dos abusos e a transformação de abusados em abusadores (PEREIRA; PERON, 2018 p.41).

O segundo tempo do trauma é o momento em que o agressor ou outro adulto comportam-se como se nada tivesse acontecido e ignoram os apelos de ajuda da criança. É o que Ferenczi chamará de *desmentido*, é a desqualificação do trauma vivido pela criança, o que a faz por meio de poderosas clivagens, apagar da memória consciente aquilo que lhe aconteceu para poder seguir vivendo.

Ferenczi (1934, p.111), afirma que “o comportamento dos adultos em relação a criança que sofreu o traumatismo faz parte do modo de ação psíquica do trauma”.

São duas surpresas excessivas: a violência, excesso do vivido, e a reação desqualificadora do desmentido do adulto. O desmentido coloca em dúvida o que aconteceu e em cheque a própria percepção da criança. Aqui o reconhecimento e a atribuição de sentido para uma experiência de violência farão toda a diferença no modo como está será inscrita. Ferenczi acredita que os choques que ocorrem inevitavelmente podem não deixar sequelas neuróticas se a mãe ou outro adulto cuidador e importante estiver presente legitimando o ocorrido de modo compreensivo e sincero.

No entanto, se a posição do cuidador é de desqualificar, a experiência traumática se recobre de um silêncio mortífero, os traços de memória sobre a experiência da criança são ignorados ou até rejeitados e/ou tomados como inexistentes pelo meio e de maneira sistemática que aos poucos a criança deixa de poder sustentar suas impressões e opiniões sobre a sua experiência.

Ferenczi afirma que o sujeito que sofreu uma intensa comoção psíquica poderá vivenciar graves e severas consequências imediatas do trauma, entre elas uma parcial ruptura com a realidade, que poderá ser temporária ou permanente. Isso não significa que o sujeito perca a sua capacidade de distinguir a realidade da fantasia, mas terá abalada a sua capacidade de *processar a realidade*. É como se uma parte, ou uma parte considerável do vivido ficasse de fora da percepção do sujeito, de certa forma, para protegê-lo das excitações indigeríveis produzidas pela experiência traumática.

Além dos traumas por abuso sexual, Ferenczi no texto *Confusão de línguas entre adultos e a criança* chama atenção para outras formas de traumas, entre eles, as medidas punitivas passionais, mesmo fora do contexto da sexualidade e o que ele chama de “terrorismo do sofrimento”. Para Ferenczi (1932, p.105):

As crianças são obrigadas a resolver toda a espécie de conflitos familiares e carregam sobre seus frágeis ombros o fardo de todos os outros membros da família. Não o fazem, afinal de contas, por desinteresse puro, mas para poder desfrutar de novo a paz desaparecida e a ternura que daí decorre. Uma mãe que se queixa continuamente de seus padecimentos pode transformar seu filho pequeno num auxiliar para cuidar dela, ou seja, fazer dele um verdadeiro substituto materno, sem levar em conta os interesses próprios da criança.

Quando não há contenção intrapsíquica por parte do ambiente ou daquele que exerce as funções de cuidado e proteção, o trauma precoce se transforma em um poderoso inibidor da capacidade simbólica, inibindo a vida emocional do indivíduo e produzindo agonias vividas como mortíferas, pois o lugar de quem ocupa a função de matriz cuidadora está vazio. Esse profundo sentimento de desamparo e solidão, decorrentes das vivências traumáticas de abuso e abandono afetivo vão se desdobrar em cisões, que se por um lado vão proteger a sobrevivência do indivíduo, por outro lado vão congelar a espontaneidade de uma verdadeira subjetividade.

Para Ferenczi uma das principais técnicas usadas para trabalhar com pacientes traumatizados é o relato da experiência, como tentativa de apropriação e domínio pelo psiquismo dos excessos vividos. Ele nos chama a atenção de que quando não há reconhecimento e validação do relato trazido pelos pacientes e mais ainda quando o analista não possui habilidade e tato para manejar clinicamente certos tipos de adoecimento psíquico corre-se o risco de se produzir uma retraumatização, ao invés de uma profilaxia ou cura dos efeitos traumáticos.

A obra de Ferenczi influenciou outros analistas que trabalharam e teorizaram sobre a criança e os pacientes traumatizados, tal como Winnicott, e contribui, significativamente, para a clínica contemporânea com bebês, crianças pequenas e seus cuidadores, seja na família ou em instituições. A partir deste ponto vamos seguir discorrendo sobre o pensamento de Donald Winnicott sobre a gênese do trauma.

As ideias de Winnicott sobre trauma estão fortemente associadas à sua teoria do desenvolvimento emocional. Para ele o bebê traz em si o potencial inato para o amadurecimento desde que encontre um ambiente facilitador e suficientemente bom. Winnicott (1960)

compreende que o bebê vai se desenvolver para se integrar no tempo e no espaço, alojar a psique no corpo (processo de personalização) e estabelecer contato com a realidade, mas para que todas essas conquistas aconteçam, ou seja, para que o amadurecimento emocional do bebê se dê dentro daquilo que é esperado como desenvolvimento saudável será preciso que o ambiente esteja devidamente adaptado às suas necessidades. Segundo ele, se os cuidados maternos forem suficientemente bons, o bebê realiza as tarefas básicas dos estágios iniciais do desenvolvimento e se estabelece uma *continuidade do ser*.

No começo de sua existência o bebê só existe em estado fusional com a mãe. Portanto, Winnicott propõe uma unidade de desenvolvimento que ele chama de mãe-bebê. Durante esse período primordial da constituição psíquica e durante algum tempo antes de o bebê atingir uma capacidade de reconhecer a existência da realidade externa e autonomia dos objetos, esse vínculo primitivo é fundamental. É somente algum tempo depois de o ambiente sustentar a ilusão de onipotência do bebê, o que vai oportunizar toda uma série de processos constitutivos e de desenvolvimento psíquico que a díade narcísica irá se tornar duas entidades separadas com a existência de uma mãe e um bebê. Todos esses processos serão melhor descritos em um capítulo específico da tese.

O que queremos ressaltar é que para Winnicott (1967/2007) essa experiência que ele chama de *mutualidade*, que se forma através da comunicação pré-verbal e que envolve sobretudo a capacidade da mãe de se identificar com o seu bebê, permitirá ao pequeno ser nascente ter uma verdadeira experiência de ser, de existir, de estar sendo.

Lejarraga (2015) afirma que a experiência de ser leva à formação de uma identidade incipiente que vai constituir o sentimento de *self*, outro conceito fundamental na teoria winnicottiana. O *self* está associado à ideia de gesto espontâneo, algo que antagoniza com a ideia de reação à intrusão, o que nos leva a pensar na existência de duas formas básicas de contato entre o indivíduo e o ambiente: a espontaneidade e a reatividade. Quando o ambiente é capaz de se adaptar suficientemente bem às necessidades do bebê, “o contato com o ambiente se dá pelo gesto espontâneo do bebê e ele pode continuar a ser, formando e fortalecendo o sentimento de *self*”. (Id. p.135) No entanto, quando o ambiente falha em sua adaptação ao bebê, ele é obrigado a se adaptar, ou melhor dizendo, a se submeter, reagindo a intrusão o que implica uma perda da espontaneidade e uma ruptura na sua continuidade do ser.

O trauma para Winnicott (1967, p.135), é essa ruptura na continuidade do ser em desenvolvimento provocada pelas falhas do ambiente.

O trauma implica que o bebê experimentou uma ruptura na continuidade da vida, de modo que as defesas primitivas agora se organizaram contra a repetição da “ansiedade impensável” ou contra o retorno do agudo estado confusional próprio da desintegração da estrutura nascente do ego.

Se pensarmos no processo de desenvolvimento emocional e constitutivo do psiquismo podemos inferir que desde o início uma questão fundamental se apresenta: a oposição entre a espontaneidade e a reatividade, questão que estará presente e ampliando a sua complexidade na medida em que a vida do indivíduo transcorre.

Podemos concluir, portanto, que de acordo com Winnicott o trauma não é tanto a intrusão do ambiente em si mesma, mas a reação do bebê à intrusão, que rompe a sua continuidade do ser. Tal ruptura é vivida pelo bebê como uma agonia impensável, ou seja, uma agonia que não pode ser integrada no psiquismo, que não encontra representação já que o ego do bebê ainda não possui capacidade para processar esse tipo de vivência emocional.

Quando escreveu o seu famoso artigo *O medo do colapso*, Winnicott (1963) listou as *agonias impensáveis*. Na teoria de Winnicott percebemos aproximações significativas entre trauma, agonias impensáveis e colapso, embora cada termo guarde semelhanças entre si no tocante ao significado, pois cada um deles dá ênfase a um diferente aspecto do mesmo fenômeno. As agonias impensáveis ameaçam o bebê com o aniquilamento do seu ser e levam a organização das defesas mais primitivas, o que nos leva a concluir que esse tipo de vivência traumática levaria automaticamente à doença psicótica. No entanto, Winnicott postula que a doença psicótica não é o colapso, mas uma organização defensiva relacionada às agonias impensáveis. O colapso da continuidade do ser é o que constitui a base do trauma para Winnicott.

A expressão ‘agonias impensáveis’ enfatiza a radical sensação de morte psíquica que nem sequer pode ser pensada porque acontece numa época pré-verbal e pré-psíquica; o termo ‘colapso’ alude a ruptura do *self* unitário e a interrupção de todos os processos básicos do amadurecimento e o termo trauma refere-se também à ruptura da continuidade do ser, enfatizando, contudo, o desencontro entre o ambiente e o indivíduo (LEJARRAGA, 2015, p.136).

Embora Winnicott coloque grande importância nos fatores externos como constitutivos do trauma, e isto está fortemente associado a uma falha ambiental, não se deve pensar que essa falha deverá ser algo necessariamente grosseiro, observável e ruidoso. A falha ambiental pode ser extremamente sutil e insidiosa, como por exemplo, uma mãe deprimida que quando olha

para o bebê não consegue refletir sua identificação com ele e funcionar como um espelho, mas ao contrário, só consegue refletir seu humor depressivo e, desta forma impossibilita ao bebê a experiência de ser através da função especular que deveria estar sendo ofertada pelo ego materno. Frente à incapacidade do ambiente de adaptar-se às suas necessidades mais fundamentais, o bebê é obrigado a reagir e o seu vir-a-ser fica interrompido.

Sendo assim, o trauma de acordo com Winnicott (1963;1967) não pressupõe necessariamente um evento violento. Contudo devemos ressaltar que este também pode acontecer. O queremos deixar claro é que para esse autor o trauma implica em uma sucessão de falhas do ambiente em se adaptar às necessidades psíquicas do bebê. E desta forma, nessa fase tão primitiva da constituição psíquica e desenvolvimento emocional, o trauma costuma ser silencioso, pois consiste com muito mais frequência naquilo que não aconteceu e que deveria ter acontecido.

Winnicott (1963;1967) afirma que a única saída para o bebê para enfrentar a dor das agonias impensáveis e evitar o aniquilamento é a defesa primária mais básica: a cisão. Mesmo considerando outras defesas primitivas como a invulnerabilidade, a desintegração e a despersonalização, Winnicott enfatiza a cisão por suas características de denominador comum entre todas, participando de qualquer organização defensiva mais complexa. A cisão isola o self, para que não volte a ser ferido.

Lejarraga (2015) nos lembra que a cisão por excelência na teoria winnicottiana é entre o falso e o verdadeiro self. Ela explica que esta é uma cisão mais abrangente na qual todos os seres humanos estão incluídos em alguma medida, já que para Winnicott, o falso *self*, na sua função de proteção do sentimento de si é parte do funcionamento saudável do psiquismo. A cisão patológica entre o falso e o verdadeiro self, por seu turno, é considerada um dos traços predominantes dos casos borderlines.

O falso *self* patológico tem como função ocultar e proteger o verdadeiro *self* do aniquilamento. Como a mãe ambiente falha em sustentar a ilusão de onipotência do bebê pelo tempo necessário e em responder ao gesto espontâneo dele, o bebê sobrevive falsamente, ocultando seu incipiente self e se submetendo às exigências do ambiente. A submissão torna-se então um traço predominante da patologia falso *self*. O mecanismo defensivo da cisão permite que uma parte do self se desenvolva de forma artificial, adaptando-se às exigências da realidade, enquanto a outra parte, infantil, traumatizada e desamparada permanece oculta e empobrecida. Por conta de seu desenvolvimento reativo, que sacrifica a espontaneidade e a

criatividade, o falso *self* gera no indivíduo sentimentos de irreabilidade e inautenticidade. Os danos a longo prazo são catastróficos pois quando o falso *self* se implanta como real ocorre um profundo prejuízo da capacidade simbólica.

A partir dessas observações sobre os conceitos e sobre a gênese do trauma para Ferenczi e Winnicott podemos traçar algumas aproximações, desde que guardadas as suas diferenças. Percebemos que ambos os autores constroem sua clínica e sua teoria a partir do intenso trabalho com pacientes fortemente traumatizados. Entre as semelhanças podemos afirmar que a cisão patológica como defesa frente ao trauma ocupa lugar de destaque nas suas teorizações, sendo pensada pelos dois autores de maneira muito próxima. Outra semelhança é a forma como os dois psicanalistas desenvolveram a sua terapêutica para com os pacientes graves que atendiam e que não se adaptavam nem respondiam às formas de tratamento propostas pela psicanálise clássica. Tanto Ferenczi quanto Winnicott propõem uma abordagem clínica fundada na relação de confiança do paciente com o analista, e também na regressão.

Objetivos

A minha experiência com as duas pacientes traumatizadas despertou o meu interesse em compreender de que forma o trauma participou na gênese do adoecimento psíquico de ambas, mesmo que guardadas as suas singularidades, e de que forma as organizações psíquicas decorrentes desses traumas se manifestaram na situação clínica, na transferência, na contratransferência e nas tentativas de tratamento durante os processos de análise.

À medida em que avançávamos na pesquisa, outras questões foram surgindo: Como essas pacientes se constituíram e sobreviveram aos traumas? Que qualidade de sobrevivência é esta? Elas puderam superar em alguma medida os efeitos dos traumas sofridos? Na vida de ambas as pacientes aconteceram repetições das situações de abuso. Essa repetição levou à compreensão e insight?

Outra questão que se desenhou ao longo da pesquisa foi: manifestou-se na situação clínica aquilo que Ferenczi nomeou de medo da loucura, solidão traumática e também o que Winnicott chamou de medo do colapso? Será que no funcionamento das pacientes mostraram-se presentes defesas correspondentes ao que os dois autores identificam como cisão patológica?

Além disso, tecemos considerações, sobre os tipos de intervenções o analista foi levado a adotar na tentativa de ajudar essas duas pacientes. Portanto, este trabalho se propõe a pesquisar a clínica psicanalítica de pacientes precocemente traumatizados numa tradição ferencziana-winnicottiana tanto em termos psicopatológicos como em termos clínicos, o que implica abordarmos a ética e a técnica: a ética do cuidado e os procedimentos técnicos utilizados.

Justificativa

Acreditamos que um dos grandes desafios do terapeuta é compreender verdadeiramente o paciente. E cada paciente vai se apresentar com uma necessidade particular de cuidado, de encontro. Por isso é preciso pensar que tipo de técnica será mais indicada em cada caso. Precisamos pensar numa *clínica sob medida*, ou seja, que vá ao encontro das necessidades do paciente em sua singularidade, da dinâmica da dupla e da consideração de que o analista, dentro de seu idioma, é único em cada relação que estabelece. O campo da transferência/contratransferência é sempre inédito na condução de cada caso e, a partir disso, podemos pensar que uma das dimensões do encontro entre o analista e o paciente envolve, por um lado alguma forma de repetição do encontro com o objeto primário em maior ou menor escala, e por outro, a possibilidade de se construir, durante o processo analítico que se desenvolve, a abertura para o novo, e quem sabe, uma nova subjetividade.

Desta forma, pensamos que nosso trabalho se justifica por levantar questões que talvez não possam ser consideradas inéditas, mas que propõem um novo olhar sobre fenômenos da clínica psicanalítica, e por isso, provocam uma reflexão frutífera no sentido de convocar outros pensadores e clínicos a se interessarem e se debruçar sobre o tema do trauma e seus desdobramentos no psiquismo do indivíduo.

Método

A presente pesquisa terá como fundamentação teórica o método psicanalítico. Naffah Neto e Cintra (2012, p.34) observam que assim como Freud foi compelido a pensar melhor os fenômenos psíquicos da sua clínica a partir das resistências apresentadas pelos seus pacientes, os pacientes difíceis também mostraram aos psicanalistas contemporâneos que teoria e prática

necessitavam ser repensadas. Muitos analistas “se dedicam a pesquisar e repensar as teorias vigentes a partir dos limites encontrados em sua própria clínica.”

Naffah Neto e Cintra (2012, p.41) referem-se a três tipos de pesquisa relacionados à psicanálise:

O primeiro deles é a pesquisa-escuta, pesquisa clínica por excelência, no interior da qual a atenção flutuante do analista e as associações livres do analisando contribuem para a produção de sentido, graças à concorrência de processos inconscientes. O segundo, o da pesquisa-investigação, pesquisa teórico metodológica, responsável em última instância pelo crescimento e aperfeiçoamento da disciplina psicanalítica, que complementa e dá suporte à pesquisa clínica, recebendo dela, ao mesmo tempo, o estímulo para o seu trabalho construtivo.

O terceiro tipo de pesquisa é a que tem a psicanálise como tema. São pesquisas em filosofia ou história da psicanálise, ou “pesquisas que relacionam a psicanálise a processos sociais e/ou culturais” nas quais o pesquisador não precisa ser um psicanalista.

A presente pesquisa, portanto, consistirá em uma pesquisa *teórico-clínica* através do *método psicanalítico*, tendo como base a teoria de Sándor Ferenczi e D. W. Winnicott.

Como a indagação proposta no presente estudo surgiu de demandas recorrentes em minha prática clínica ao longo dos últimos oito anos, e por isso, opto por apresentar dois personagens fictícios criados a partir de diversos fragmentos de casos clínicos diferentes que foram combinados entre si de forma a não prejudicar o raciocínio clínico proposto, devidamente modificados e protegidos em relação ao sigilo, sem qualquer possibilidade de individualização e identificação.

Outras menções à clínica psicanalítica serão feitas a partir de construções clínicas inspiradas em outros tantos pacientes que inspiraram o presente estudo. Agrupadas e mencionadas de forma a sustentar o estudo teórico apresentado, serão apresentadas sem qualquer menção às suas histórias pessoais ou fatos que possibilitem identificação.

Tal forma de trabalho foi escolhida por tratar-se de pacientes que já haviam interrompido o processo de análise há vários anos em consultório particular, atendidas em momentos distintos da vida profissional do analista, anteriores a realização desta pesquisa, fatos que dificultavam o acesso para assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Tendo como base a Resolução 510, de 07 de abril de 2016, defino que minha pesquisa tem como “objetivo o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional”², não revelando dados que podem identificar os sujeitos.

Desta forma, nosso trabalho será apresentado com a seguinte organização:

No capítulo 1 apresentamos as narrativas clínicas que serão matéria prima do nosso trabalho. A história e os processos analíticos de Ayla e Francisca serão abordadas de forma resumida e com ênfase em seus aspectos considerados mais significativos para o nosso trabalho.

No capítulo 2 *Ferenczi e o medo da loucura, Winnicott e o medo do colapso* fazemos aproximações entre as ideias de Ferenczi sobre o que ele nomeou de medo da loucura e solidão traumática, e as ideias de Winnicott sobre o medo do colapso (*breakdown*). Utilizamos vinhetas clínicas e trechos da autobiografia de William Styron, *Perto das trevas* para dar vida e ilustrar os fenômenos clínicos descritos pelos dois psicanalistas supracitados.

No capítulo 3 *As intersecções das funções antitraumáticas: entre a mãe suficientemente boa e o analista implicado* descrevemos os processos de constituição psíquica conforme o pensamento de Ferenczi e Winnicott que colocam em destaque o papel do ambiente na formação e desenvolvimento de um psiquismo saudável, e depois tecemos considerações sobre as técnicas utilizadas por esses dois autores no tratamento dos pacientes muito traumatizados. Também pretendemos trazer contribuições de psicanalistas contemporâneos que possam ampliar nossa compreensão e formas de atuação na clínica psicanalítica dos pacientes traumatizados.

No capítulo 4 intitulado *Entre a ternura e a paixão entrelaçados: sobre a transferência do paciente traumatizado* faço considerações a respeito da transferência positiva que ambas as pacientes estabeleceram com a minha voz e sua importância como um agente antitraumático e terapêutico em seus processos analíticos. Para justificar minhas ideias a respeito da importância da voz materna nos processos de constituição psíquica conto com pesquisas de alguns autores da psicanálise como Anzieu, Busnel e Lasnik. Em seguida faço uma análise sobre como cada uma das pacientes, a partir da transferência sinalizada com a minha voz, foi capaz de entrar em momentos regressivos de suas análises e fazer uso desse dispositivo para entrar nos processos

² Art. 1º, item 7.

de simbolização dos seus traumas. Nesse capítulo entrarei também nos conceitos de regressão benigna e regressão maligna postulados por Michael Balint.

Nas considerações finais vamos retomar os pontos principais da pesquisa e fazemos uma síntese das reflexões a que nos dedicamos neste estudo.

CAPÍTULO 1 – NARRATIVAS CLÍNICAS

1.1– Ayla

“Valsando como valsa uma criança /Que entra na roda a noite 'tá no fim/ Ela valsando só na madrugada/ Se julgando amada ao som dos bandolins.”

(Bandolins, de Oswaldo Montenegro)

“Me toma sem pensar/ Num gesto muito forte/ Unindo o sul e o norte/ Do meu corpo/ Frágil corpo/ Com a mais pura emoção.”

(Asa Morena, de Zé Caradípia, gravada pela cantora Zizi Possi)

Se eu pudesse descrevê-la em poucas palavras, à primeira vista, tomaria de empréstimo a imagem da amazona, da mulher destemida e impetuosa que não se curva nem se submete às intempéries da vida. No entanto, poucas palavras são insuficientes para descrever a complexidade de uma mulher que se construiu reativamente para sobreviver as surpresas que se apresentaram logo no começo de sua vida tumultuada.

Mulher-menina, era como eu a via, apesar de sua aparência e seu comportamento que se alternavam entre a agressividade e rudeza masculina, e a sedutora beleza feminina. Rapidamente, desvelou-se a criança vulnerável e frágil, dando espaço para que surgissem os primeiros relatos que confirmavam as minhas intuições, de que, por trás de toda a encenação altamente carregada de erotismo, havia uma criança deixada no escuro da solidão de suas dúvidas e incertezas. O que havia acontecido com ela? O romance de sua vida parecia dividido em dois momentos distintos entre um antes e um depois de um incidente que modificara toda a sua percepção de quem ela era e de quem eram os seus objetos amados.

Ayla esteve em análise comigo, primeiro por quase dois anos, e após um hiato de cerca de um ano e meio, retornou por mais alguns meses, tendo interrompido o processo há aproximadamente três anos e meio. Primeiro vou relatar a sua primeira sessão comigo, e depois vou eleger trechos que considere relevantes para a nossa discussão.

Após várias tentativas frustradas de marcar uma primeira entrevista, por conta de sua agenda profissional, a paciente pergunta da possibilidade de ser atendida no feriado (era terça-feira de carnaval). Como eu estava na cidade, concordei em recebê-la em meu consultório nesse dia. Acho que já de início ela me testa no sentido de verificar a minha disponibilidade e flexibilidade para me adaptar às suas necessidades.

Ela relata que o motivo de sua procura por psicoterapia se deve a episódios recentes de agressividade manifestada por ela. Sendo mais precisa, conta de um episódio ocorrido com um aluno durante um dos cursos ministrados por ela. Diante da insolência do rapaz em retrucar determinada afirmação que ela fazia, a paciente se descontrolou e se mostrou agressiva, o que depois a fez sentir-se mal e desequilibrada, concluindo que necessitava de ajuda.

Hoje, ao me deter um pouco mais sobre esse primeiro relato trazido por ela, alinhado a outros episódios também narrados por ela, penso que esse jovem, possa ter, com sua insistência posto em xeque alguma certeza que ela carregava dentro de si até aquele momento. Mas havia também algo de rebeldia em sua agressividade, como se não aceitasse ser subjugada, subestimada, controlada... pelo menos não mais. Ressonâncias vindas de vivências de um passado distante?

Peço então que me conte um pouco da sua história. Ela nasceu em outro país e veio pequena com a família para o Brasil. Seus pais se divorciaram quando ela contava quatro anos. A mãe deixou de amar o marido que foi embora para a Europa. Ayla só voltou a encontrá-lo vinte e três anos depois, e se refere a essa experiência como uma grande decepção. Ela foi até o país em que o pai vivia para revê-lo, tendo expectativas de resgatar algo do relacionamento parental. No entanto, foi recebida com hostilidade pela atual esposa do pai na ocasião, e após uma discussão com ambos, foi deixada sozinha em um posto de gasolina, em uma estrada no interior nos confins da Europa. Tempos depois, quando ela novamente retorna a esse episódio de sua história, pergunto-lhe como se sentiu nessa ocasião. “*Senti que eu não valia a pena*” foi a sua resposta.

Com a mãe ela menciona um relacionamento tumultuado desde sempre. Ao chegar nesse ponto ela faz uma pausa e relata que foi abusada pelo padrasto durante quase dez anos. Prossegue contando que se lembra de seu primeiro orgasmo aos quatro anos. Surpreso com essa afirmação, pergunto o que acontecia entre eles. O padrasto esperava a mãe dela sair de casa, e quando estavam sozinhos, manipulava os genitais da menina. Mais tarde ela me disse que muitas vezes esperava pelo padrasto que ia vê-la na hora de dormir... esperava pelas

“brincadeiras”. Ele lhe dizia que o que acontecia entre eles era normal, ao mesmo tempo em que a ameaçava, dizendo-lhe que se contasse o que se passava entre eles, sua mãe desapareceria para sempre. A situação durou até o início da sua adolescência, quando em uma conversa com uma colega, Ayla, se surpreende ao escutar que aquilo era errado, principalmente entre pai e filha.

Ayla diz que naquele momento o seu mundo caiu. Sentindo raiva e revolta, correu para casa para ver se a mãe ainda estava lá. Aliviada por encontrar a mãe viva e em casa, guardou segredo sobre os abusos até os 19 anos quando decidiu contar tudo após uma briga entre os familiares. Primeiro a mãe duvidou dela, dirigindo-se ao marido abusador para questionar a história que ele, de pronto, confessou. O padrasto foi embora de casa, e depois enviou flores para as duas pedindo desculpas. Aqui abro o seguinte questionamento: a “*revelação*” sobre o verdadeiro teor de sua relação com o padrasto, a quem chamava de pai, lançou-se em um turbilhão de dúvidas e inseguranças, entre estas a de quem era ela e qual papel ocupava naquela relação. Mas acredito que o mais relevante para nossa pesquisa é pensar a situação de desamparo vivenciada pela criança interna fortemente traumatizada pela paixão do adulto, e mais ainda por não poder contar com os adultos mais próximos, no caso sua mãe e seu padrasto, como protetores e cuidadores.

Penso que é muito provável que a experiência dos abusos sexuais sofridos por ela tenha influenciado sua forma de se relacionar com os homens. Ayla é uma mulher alta, bonita, com olhos muito marcantes, e no período em que iniciou a análise considerava-se um pouco acima do peso. Ela costumava descrever o seu comportamento sexual como agressivo e frequentemente quando dizia estar interessada em um homem ela que tomava a iniciativa, mas se queixa de ter dificuldades para estabelecer vínculos duradouros.

A única relação duradoura que teve foi com o pai do seu filho que atualmente já é um adulto. Ficou casada durante sete anos. Segundo ela o relacionamento começou a acabar quando ela estava grávida. Percebeu que o sentimento em relação ao marido mudou, pois ele já não se adequava às suas expectativas. Interessou-se por outro homem. Depois de se separar mudou-se com o filho para um país da Europa. “*Coloquei um oceano entre meu filho e eu, de um lado e o pai dele, do outro*”. Após algum tempo percebeu que o seu filho (assim como ela) crescería sem o pai, pois este não o procurava, e decidiu retornar ao Brasil. Deu-se conta de que sua ação de nada adiantou, pois o seu filho cresceu distante do pai assim mesmo. O ex-marido refez a vida com outra mulher, teve outros filhos e só recentemente retomou contato com o filho mais velho.

Descreve-se como uma pessoa intensa e passional, com algumas partes que ela não reconhece. Mas reconhece outras, das quais não gosta porque repetem o padrão de funcionamento da mãe. Ela reconhece a sua semelhança com a mãe e o quanto luta para separar-se desta. É interessante pensar que a paciente aqui só é capaz de falar de partes que ela não reconhece em si, porque de fato as reconhece.

Nas primeiras sessões ela senta-se na poltrona com as pernas abertas, às vezes com o quadril projetado para frente, chegando certa vez a colocar uma das pernas no braço da poltrona. Quando se deita no divã fica em uma posição como se estivesse em trabalho de parto, e frequentemente, se vira para me olhar. O tempo em que testemunho o seu comportamento, vou me convencendo de que toda aquela encenação é necessária para que ela dê conta de que pode confiar em uma figura masculina, que seu analista, apesar de ser homem, pode ser também acolhedor e maternal.

Penso que desde que chegou ao consultório, apesar de toda a encenação altamente carregada de erotismo e sedução que ela apresenta, sinto que estou ouvindo uma menina pequena que parece desejar forte e inconscientemente ser cuidada e protegida, sente a necessidade de confiar, mas não se permite estar no lugar de dependência, pois segundo ela, desde pequena, teve que “*se virar*”.

Normalmente ela se envolve com dois tipos de homem. Aqueles que são mais velhos, bem-sucedidos, inteligentes, cultos e com eles ela sente pouca atração sexual, principalmente porque rapidamente descobre que é “*a outra*” (como em sua relação com o padrasto, eu penso). O outro tipo é o homem rústico, jovem e atraente, mas com esses ela só consegue estabelecer o contato sexual e tais encontros não evoluem para um relacionamento afetivo. Ela acredita que a “*carapaça*” que ela desenvolveu para se proteger de possíveis frustrações amorosas é que faz com que os homens que lhe interessariam não se aproximem. Comento que talvez ela gostaria de juntar num mesmo homem a segurança e proteção oferecidas por um homem mais velho, com a juventude, beleza e vigor ofertados por um homem jovem. E penso que talvez em sua fantasia ela acredite ter encontrado tais requisitos na figura do analista...

Disse que já passou por outros processos de análise. A primeira foi com uma analista lacaniana e não gostou porque a profissional fazia poucas intervenções, e depois ficou algum tempo com uma analista freudiana “que via sexo em tudo”. Afirmo que gostou de mim por causa do meu jeito de falar, sereno. Esse é o primeiro momento em que ela sinaliza essa transferência com algo que eu intuitivamente acredito ser a melodia da minha voz, que poderia

ter reavivado suas primeiras experiências de segurança e sustentação. *Essa fala da paciente a respeito do meu jeito de falar, da minha voz, vai se repetir ao longo do processo em diferentes momentos para marcar que ela sempre se lembra do que eu lhe digo nas sessões não pelo conteúdo, mas pelo som da minha voz.*

Então ela se lembra de que teve uma psicoterapeuta na adolescência de quem ela gostava muito e que essa profissional teve uma gravidez de risco que a impediu de dar continuidade ao seu trabalho em consultório, mas mesmo assim, ela, Ayla pode dar continuidade ao processo analítico, pois a analista a recebeu em sua própria casa, atendendo-a deitada, em seu próprio quarto. Ela conclui que essa experiência talvez tenha sido decisiva a motivá-la a buscar análise naquele momento.

Algumas sessões depois ela retorna ao tema das triangulações, em que sempre ocupa o lugar do excluído, ou de alguém com menor valor. Essa temática, recorrente em seus relatos durante todo o processo de análise fizeram-me intuir que as cenas trazidas por ela seriam mera repetição do triângulo que se formou entre ela o seu padrasto e a sua mãe, situação em que ela ainda criança ocupou o lugar da “outra” que é mantida em segredo, do objeto que é usado para se obter prazer, mas que não merece receber amor. Essa intuição, de certa forma vai se confirmar quando ela me conta um sonho.

Relata que sonhou com três ex-namorados em uma festa de casamento, e faz associações dizendo que esses namorados estavam ligados a situações de segredo, pois nenhum deles foi capaz de assumi-la como namorada. Frisa que nem mesmo o primeiro com o qual ela não teve qualquer contato sexual. Pergunto o porquê dessa ressalva. Ela prossegue contando que se sente uma espécie de “trampolim” para eles, um lugar de passagem entre a mulher com quem eles terminaram o relacionamento e a próxima com quem terão compromisso. Ou então elas a veem como um *ícone*, alguém difícil de conquistar, mas que uma vez conquistada perde o valor. Ao entrarem em contato com a Ayla real eles se afastam. Isso me lembrou uma fala da atriz Rita Hayworth durante uma entrevista, quando disse que os homens dormiam com Gilda (o famoso personagem que a alçou ao estrelato em Hollywood) mas acordavam com a sua persona real.

Uma associação recente me fez pensar que os três namorados podem ser as três figuras mais importantes de sua vida psíquica, sua mãe, seu pai e seu padrasto, todos envolvidos por um segredo, o seu segredo que precisou ser desautorizado, desmentido por eles, quando não dão testemunho e reconhecimento ao trauma vivido por ela.

Sente-se insuficiente para eles. “É como se o cara visse o ícone e quisesse ver a vagina do ícone. Quando vê se afasta”. Embora ela esteja há alguns anos sem se relacionar afetivamente ou mesmo sexualmente, afirma que frequenta sites de relacionamento na internet, sob o pretexto de estar pesquisando para montar o seu próprio negócio nesse seguimento de mercado. Seu site de relacionamentos, diferentemente dos outros, será para pessoas que buscam compromisso.

Muda de assunto e começa a falar de suas duas melhores amigas. R. e M. Descreve M. como carente, do tipo que fica mandando mensagens pelo *WhatsApp* durante o dia inteiro. R. por seu turno é alguém com quem ela pode ficar meses sem falar, mas quando reencontra é como se o tempo não tivesse passado. Fala também sobre uma tia, que, para mim, parece representar para ela, a figura internalizada da mãe boa. Passava férias no sítio dessa tia e lá se sentia protegida do assédio do padrasto.

Nesse ponto da sessão comento sobre as situações de triangulação recorrentes em sua vida: ela e as duas amigas, ela e os namorados, ela, o padrasto e a mãe. Chamo sua atenção para a dificuldade que ela sente para se permitir uma situação de dependência com alguém, já que seus pais foram percebidos desde sempre como figuras hostis. Penso que o sonho com uma analista mulher - a paciente sonhara semanas antes com uma terapeuta ruiva que lhe dizia que trabalharia com ela “lá” enquanto eu trabalharia com ela “aqui”, - diga de sua internalização do terapeuta como uma figura feminina, maternal, ou que esteja com isso, querendo dizer das suas necessidades de função materna e paterna, que precisa ser cuidada pelas duas instâncias.

Sua necessidade de cuidado, segurança e afeto, transparecem a cada sessão com cada vez maior intensidade. Alguns meses depois ela me traz um relato bastante significativo dessa dinâmica interna vivida por ela. Depois de passar um fim de semana atribulado, fazendo coisas e indo a compromissos que não queria ela me conta de seu desagravo e cansaço. Ela viaja frequentemente a trabalho por conta dos cursos que ministra e, nos finais de semana, a regra, é que esteja trabalhando. *Ela prossegue dizendo que normalmente no retorno a casa, após as viagens de trabalho, permanece o dia inteiro na cama, quieta e sozinha, sem vontade de fazer nada. Às vezes o filho ou o cachorro aparecem para ver se está tudo bem. Eu lhe digo que é como se ela estivesse praticamente num ambiente intrauterino (passar o dia deitada na cama, na proteção do quarto) e ao acordar precisasse do leite quentinho e doce da mãe para se sentir revigorada. Ao fim do meu comentário ela retruca: “E foi literalmente isso que eu fiz. Tomei uma lata de leite condensado como se fosse uma mamadeira”.*

O relato a seguir serve para demonstrar os caminhos que percorremos e como a temática da voz e do som e, por conseguinte a música são elementos presentes e significativos na dinâmica interna da paciente assim como no espaço intersubjetivo das sessões em seu processo de análise.

Pouco tempo depois dessa sessão ela decide retomar os treinos na academia, iniciar uma dieta, e me conta de ter feito uma experiência com uma “terapeuta sensorial”. De acordo com ela esse tipo de terapia tem o objetivo de reconectar a pessoa com as sensações e as memórias corporais, em geral traumáticas. Essa mulher (terapeuta) foi indicada por seu ex-marido durante um jantar em que conversavam sobre o filho deles. O ex-marido comentou que Ayla tornou-se uma pessoa muito “mental” (o que me pareceu referir uma racionalidade) e que ela havia perdido o “corporal”.

Comento que a conversa com o ex-marido parece ter mexido muito com ela. Ela responde afirmativamente. Isso aconteceu há cerca de três semanas para falarem a respeito do futuro profissional do filho de ambos. Primeiro, o jovem manifestou interesse em cursar Relações Internacionais, em seguida disse querer cursar Música (ele toca violino), mas por fim decidiu que só se tornaria um músico profissional se não precisasse ganhar dinheiro. Atualmente afirma que cursará Administração.

O pai do garoto preocupa-se por considerar que tal decisão tenha sido tomada com o intuito de agradar a mãe. “Ele foi moldado para lhe agradar” diz o ex-marido a ela. Ayla então comenta que ela e o pai de seu filho sempre estiveram em polaridades distintas que pareciam se complementar. Quando estavam casados ela era totalmente exotérica e ele racional. Depois ele passou a se interessar por assuntos ligados a espiritualidade enquanto ela pouco a pouco foi se tornando uma pessoa mais racional.

Ayla comenta que no que diz respeito ao talento musical, ela e o filho são bem diferentes. Ele é extremamente disciplinado e pratica todos os dias. Ela não gosta de fazer aulas de piano. Começou a ter aulas para aprender a “ler as bolinhas” (partitura). Pergunto se ela sempre teve habilidade para a música, ao que ela responde que aos seis anos já “tirava músicas de ouvido”.

Enquanto ela fala vão me ocorrendo pensamentos sobre o quanto ela se esforçou para ir de um polo a outro, de alguém extremamente sensorial, que consegue identificar intuitivamente as notas musicais de uma canção, levando-as da sensação à ação, como se dos ouvidos até as mãos houvesse um condutor de energia, que transformava suas percepções em

sentimentos e pensamentos, até se tornar uma pessoa extremamente racional, ou, ao meu ver, defensivamente racional, ou melhor, superficialmente racional. Penso também que à medida que o tempo passou e as vivências traumáticas foram se sucedendo e acumulando seu psiquismo organizou defesas poderosas para que ela conseguisse dar conta de seguir vivendo. Essas defesas que por um lado a protegeram de significativas angústias, ao mesmo tempo negavam a sua sensibilidade, embotando, ao menos parcialmente, a sua capacidade de sonhar e entrar em devaneio. Pelo menos até ela entrar em análise...

Movido por uma repentina curiosidade pergunto-lhe como ela era aos seis anos, fisicamente. Ela responde que era magra. E quando você engordou? Aos 14 mais ou menos... Quando escutou a voz de seu pai biológico ao telefone falando em outro idioma, foi tomado pelo susto seguido de ansiedade, e aos 22 quando o seu pai a deixou sozinha numa estrada no interior da Europa. No ano passado voltou a engordar, depois de uma decepção amorosa. *“Senti como se eu não valesse a pena”*.

Algumas poucas semanas mais tarde ela me conta que decidiu substituir o piano pelo canto porque tinha ficado “de saco cheio das bolinhas”. Falou de sua relação com a música que vem desde que ela era criança e adolescente. Gosta das músicas de sua adolescência e sempre canta no chuveiro. Perguntei se ela havia cantado alguma música durante as aulas ou feito apenas exercícios, vocalizações. Ela responde que descobriu que é contralto e depois corrige: *“Contralto não, mezzo soprano. Contralto é a Ana Carolina (a cantora)”*. Confessou-se feliz por ser *mezzo*, pois consegue alcançar notas mais agudas e graves também. Cantou duas músicas: Bandolins³ gravada pelo cantor Oswaldo Montenegro (ela cantarola uma parte e eu me lembro da canção, que possui um acento sensual e passional em sua composição) e outra da cantora Zizi Possi. As músicas estavam catalogadas em livros da professora, e sua escolha se deu a partir do que estava disponível, ela explica. Fico pensando em qual seria a música de Zizi Possi escolhida por ela: “Perigo” ou “Asa Morena”? Ou quem sabe “Noite”? Algo em mim dizia que havia sido Asa Morena⁴. Finalmente ela consegue lembrar: “Asa Morena!” E ficou muito satisfeita por conseguir cantar a música, pois achou não alcançaria as notas mais agudas.

³ Como fosse um par que nessa valsa triste /Se desenvolvesse ao som dos bandolins/E como não, e por que não dizer/Que o mundo respirava mais /Se ela apertava assim seu colo/E como se não fosse um tempo/Em que já fosse impróprio /Se dançar assim/Ela teimou e enfrentou o mundo /Se rodopiando ao som dos bandolins/Como fosse um lar seu corpo a valsa triste/Iluminava e a noite caminhava assim/E como um par o vento e a madrugada /Iluminavam a fada do meu botequim/Valsando como valsa uma criança /Que entra na roda a noite 'tá no fim/Ela valsando só na madrugada/Se julgando amada ao som dos bandolins.

⁴ Me faz pequena/Asa Morena/Me alivia a dor/Aliviando a dor que mata/Me faz ser teu amor/Me toma no crescer/De um beijo muito louco/Me implodindo aos poucos/No universo a desvendar/A vastidão do teu

Digo-lhe que a música parece funcionar como um fio condutor, que faz relação entre o passado e o presente, fazendo-a ter contato com memórias e emoções sem que ela se dê conta disso.

Ela fica em silêncio por alguns minutos.

“A coisa mais importante eu ainda não te contei, eu omiti” dispara. E passa a relatar que na semana anterior havia sido aniversário do tio L. irmão de sua mãe, que mora com ela. Esse tio tem um filho de 18 anos, fruto de uma aventura com uma mulher mais jovem, que ele nunca conheceu pessoalmente. O sonho do rapaz era conhecer o pai (Ayla ficou sabendo disso por outra filha do seu tio que tem atualmente 24 anos). O tio sempre deu desculpas para não encontrar com o filho mais novo. No dia do aniversário dele (do tio) Ayla armou um encontro surpresa dos dois sem que o primeiro soubesse. De acordo com Ayla o jovem é a fotocópia do tio aos 18 anos. O encontro foi emocionante para toda a família e ela fez questão de ressaltar para o rapaz todo o tempo que aquele encontro era apenas o primeiro entre muitos, que não ia acabar ali e que ele possuía uma família. Tudo isso foi contado de forma bastante emocionada.

Pergunto o que a motivou, porque era tão importante para ela promover aquele encontro. *“Eu sou uma transgressora”* ela responde. *Comento que toda essa situação me lembra a sua própria história e de seu desejo em reencontrar o próprio pai que resultou em uma experiência decepcionante. Ao promover esse encontro do primo com o pai dele, seu tio, ela estava reeditando seu próprio encontro com seu pai, só que desta vez com um final feliz. Penso em sua mobilização para juntar dois entes queridos como um gesto curativo dela para com ela mesma.*

Fala que se deu conta de que não se interessa somente por homens casados. Conta que na última semana ficou interessada em um aluno que não usava aliança e que depois, na hora do intervalo escutou alguém dizer que ele é casado e tem uma filha de 2 meses. Fico confuso e digo que esse homem também é casado, embora ela tenha me dito a pouco de seu insight. Ela afirma que antes (possivelmente quando se interessou por ele) ela não sabia.

Prossegue relatando um sonho. Sonhou com um homem em uma situação de apaixonamento e acordou com aquela sensação agradável sentida durante o sonho. Lembrava-se que esse homem era muito mais alto que ela, que ficava com a cabeça na cintura dele (dizia isso enquanto apontava para sua região da cintura, próxima a região do estômago). Um

amor.../Me toma sem pensar/Num gesto muito forte/Unindo o sul e o norte/Do meu corpo/Frágil corpo/Com a mais pura emoção.

homem que ela julga ser mais forte que ela, - eu penso - um homem extremamente idealizado. Penso que ela, no sonho está referindo-se a mim, seu terapeuta, assim como durante o relato das canções está me dizendo da mulher sensual e passional que é (Bandolins), mas que guarda dentro a menina indefesa em busca de proteção e segurança (Asa Morena). Penso todas essas coisas, mas nada digo.

A letra de Asa morena também me faz pensar na ambiguidade da criança em busca de amor e proteção, mas que também, neste caso, parece trazer o relato da menina que tem seu corpinho e psiquismo indefesos tomados de assalto pela linguagem da paixão do abusador. Ao mesmo tempo, também considero a possibilidade de que esteja me comunicando que o processo de análise está propiciando a reintegração de suas vivências de forma mais elaborada, está lhe permitindo acesso a simbolização.

Comento que aquele “lugar” nomeado por ela como cintura, é onde as mulheres localizam a própria cintura, “cintura de mulher” eu digo, e completo: “A cintura do homem é mais para baixo”. Ela se corrige e diz que sua cabeça batia na costela dele. Eu digo: “Então você é a mulher que saiu da costela, da costela de Adão”. Ela ri e diz que é bem bíblico isso.

Após alguns minutos em que ela permaneceu em silêncio decido perguntar sobre questões que ficaram obscuras para mim, ao mesmo tempo em que pareciam pertinentes ao seu processo de análise, serem reavivadas.

Pergunto sobre o motivo de seu pai ter ido embora depois que vieram para o Brasil. Segundo Ayla sua mãe não gostava mais dele quando chegaram ao Brasil, e hoje, em retrospecto ela acredita que a mãe já estava interessada no homem que viria a ser seu padrasto. O pai foi para a Europa, se casou de novo e teve três filhos, só que por não ter se divorciado da primeira esposa teve problemas mais tarde quando se mudou para o Israel, pois lá seus filhos do segundo casamento foram considerados bastardos e não conseguiram escola que os aceitassem. O pai sai da Europa para Israel por causa do antissemitismo. Ele morreu de ataque fulminante do coração. Depois do episódio em que ela foi abandonada na estrada eles voltaram a se falar apenas uma vez, pouco antes dele morrer. Ela pediu perdão e disse que o perdoava, ao que ele riu, como se não precisasse de perdão. Alguns dias depois recebeu de sua mãe a notícia de que ele, o pai havia morrido.

A mãe morreu de câncer de mama. Foi um câncer extremamente agressivo. Ela retirou os dois seios, mas sofreu metástase primeiro no fêmur e depois no crânio e outras partes do corpo. A mãe sempre foi muito passional em suas relações afetivas e também muito dependente

dos homens que amou. Carregou uma enorme frustração de seu casamento com o homem que foi padrasto de Ayla, com quem viveu 20 anos. Esse homem, um magistrado aposentado foi intensamente idealizado antes de viverem juntos, mas o cotidiano se encarregou de destruir suas idealizações. A mãe de Ayla é descrita por ela também como uma mulher muito impulsiva, que já depois da noite de lua de mel com o primeiro marido já sabia que não queria estar mais casada com ele. Durante o casamento fez 8 abortos porque não queria ter filhos e não queria ter Ayla.

Ayla sempre criticou a mãe pelos abortos que fez, sobretudo porque sempre quis ter irmãos, mas passou a ser mais compreensiva quando teve que fazer um aborto. Pergunto se foi depois do nascimento de seu filho. Ela responde que não, ainda não era casada e foi obrigada pela mãe e pelo tio que a levaram a uma clínica. Esse bebê seria o fruto do relacionamento que ela teve com um stripper. Ela diz que apagou da memória o amor que sentiu por esse homem, e sabia ser correspondida. Muitos anos após esses acontecimentos ela, remexendo em seus papéis encontrou um cartão apaixonado escrito pelo rapaz dizendo-lhe que a amava e que queria ter o filho junto com ela. *“Tive que transformá-lo em um canalha para conseguir esquecê-lo”* ela me diz.

“Onde tudo isso tinha ficado em minha memória, meu Deus!” Ela brada em voz alta e me conta do aborto, que durante o período de anestesia ela se viu em um lugar rodeada por crianças, e cada criança era de uma cor diferente. *Havia crianças completamente brancas, azuis [...]. Havia “facções de crianças”. Ela se sentia feliz lá e escutou uma voz chamá-la: “Você não pode ficar aí, você tem que voltar”. Depois disso ela menciona ver uma bola azul que flutua no teto e afirma que aquela bola azul era o seu filho abortado. Ela conversa com ele, pede perdão e explica as circunstâncias daquele momento de vida, e lhe pede que volte quando ela estivesse preparada. Enquanto narra sua história, ela chora. Dez anos depois, já casada, ela desconfia que esteja grávida e decide fazer um teste comprado em farmácia. Está deitada na cama e escuta uma música que não sabe de onde vem. Aquela música em espanhol diz: “Estou enamorado e este amor é tão grande [...]” Eu reconheço a música e a ajudo a se lembrar para completar o refrão: “Estou enamorado e só penso em você a todo instante”. Depois ela faz o teste e confirma a gravidez. Ela “sabe” que aquele bebê que está dentro dela é o mesmo que ela perdeu, agora retornado.*

Digo-lhe que a música que ela estava escutando naquele momento também vinha de dentro dela, do seu desejo. Que entrar em contato com essas memórias estavam lhe dando a oportunidade de dar novo sentido aquelas experiências dolorosas. E comento sobre o fim da

nossa última sessão retomando parte da minha interpretação quando lhe falei a respeito das palavras e dos gestos curativos. Ela fica pensativa e nos despedimos.

Em uma das últimas sessões nesse período ela me relatou um sonho em que percorria túneis e passagens subterrâneas, o tempo todo acompanhada por alguém que lhe ajudava a carregar as suas bagagens. A certa altura num desses túneis ela vê, ainda acompanhada por essa pessoa, que havia água na altura das suas pernas.

A decisão de interromper o processo partiu da paciente, que alegou impossibilidades financeiras. Naquele momento para mim, assim como agora, para além das resistências que se organizavam para deter o trabalho de reestruturação interna promovido pela análise, acredito que a paciente percebeu que estava entrando cada vez mais fundo no terreno pantanoso de suas memórias traumáticas e decidiu recuar. Ela, todas as vezes que me reencontrou, fez questão de reafirmar sua gratidão pelo trabalho que fizemos. Por minha parte acredito que ainda havia muito trabalho a ser feito.

Após dois anos de afastamento da análise ela me envia uma mensagem de *WhatsApp* contando do seu desespero ao saber simultaneamente que seu filho se mudaria para um país distante dali a dois anos, deixando-a só. Essa notícia coincide com uma consulta a ginecologista na qual ela toma ciência de que está na pós menopausa (ela julgava que sequer tinha entrado na menopausa, mesmo já tendo passado dos cinquenta anos) e que por conta de um mioma teria que retirar o útero e os ovários. Pressinto sua agonia e sua necessidade de acolhimento e convido-a a vir até o meu consultório. Recebo uma Ayla sem máscaras, muito diferente daquela dos primeiros anos de análise, e já de entrada ela revela que está “quebrada” e que não pode pagar. Compreendo o duplo sentido dessa mensagem e sinalizo que ela poderá vir as sessões e que depois pensaremos sobre a questão do pagamento. Compreendo que aquele pedido de socorro traz em seu bojo a necessidade de ser inteiramente sustentada, no sentido winnicottiano do termo. Ao final dessa sessão ela reafirma a sua confiança em mim dizendo: Tinha que ser com você.

Numa 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 eu 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. Talvez por isso, e por sentir que o ambiente da análise era propício e seguro para experienciar essas emoções tão primitivas e dolorosas, ela tenha retornado.

(Pouco tempo mais que dois meses e meio após o início desse novo processo de análise, Ayla voltou a pagar a sua análise).

1.2 - Francisca – trancada pelo lado de fora

“Sabe quando você está no mar, nada, nada e não chega a lugar nenhum?”

(Francisca)

Um barco à deriva levado pelas correntezas da vida. Aparentemente incapaz de um gesto de autonomia, de tomar a direção do próprio leme e tornar-se a senhora de sua própria história. Era assim, apagada e desvitalizada que ela se mostrou nos primeiros tempos de análise. Havia sempre uma fala repetitiva de um desejo de dormir para sempre, de sumir e não ser mais encontrada. Eu me perguntava se isso era mesmo desejo, ou se eram apenas suspiros moribundos de alguém que depois de uma longa e penosa caminhada, havia chegado até mim quase desfalecendo em busca de ajuda. Suas palavras de desânimo anestesiado em relação a tudo, a vida, ao futuro, eram uma fina máscara que a protegiam de sua dor, seu ódio e sua revolta contra tudo e contra todos com quem nunca tivera forças para lutar.

Francisca nunca conseguiu deitar-se no divã. Ao longo dos cinco anos em que estive em análise comigo, todas as vezes em que foi convidada a fazer uso desse dispositivo analítico, recusou, empacou, adiou, gaguejou, paralisou-se, emudeceu-se. A mim parecia que a simples ideia de se imaginar deitada e sem a visão do meu rosto, do meu olhar sobre ela, era algo catastrófico, inconcebível... talvez a melhor definição fosse indigerível. Indigerível como um trauma?

Como ela poderia perder de vista o meu olhar, a fantasia de seu controle sobre mim, seu analista, pois mesmo imbuída por todo o amor transferencial que sentia, não era capaz de confiar o suficiente para colocar-se naquela posição de tamanha vulnerabilidade. Ou quem sabe, eu me pergunto agora, não ver o meu rosto pudesse ter relação com uma das passagens terríveis da sua vida, uma das muitas histórias de dor e sofrimento que ela me contou logo que chegou à análise.

Por outro lado, penso que o não se entregar inteiramente a sustentação ofertada pelo dispositivo analítico não significava que ela não confiasse em seu analista. Ao contrário, o olhar do analista não foi um impedimento para que se sentisse segura o suficiente para revelar toda a dor e ressentimento trancados dentro de si durante tantos anos. Uma grande parte dessa dor precisava ser posta fora. Ou ainda, quem sabe, dizer não ao divã tenha sido a sua forma de demonstrar sua capacidade nascente para se posicionar e reagir a tudo aquilo que julgava inadequado ou desconfortável. Reflexões a posteriori...

Lembro-me de nosso primeiro encontro. Fui buscá-la na recepção da clínica e enquanto nos encaminhávamos à sala de atendimento e trocávamos as primeiras palavras ela comentou: *“Interessante [...] tem algo conhecido em sua voz”*. Intuitivamente imaginei do que poderia se tratar, pois ambos, embora nascidos em estados diferentes, pertencemos à mesma região do país. Entretanto, o tempo iria me mostrar que aquele primeiro comentário feito pela paciente tinha ligação com algo muito mais profundo e significativo em sua história e funcionamento psíquico. Seu comentário tinha ligação com suas memórias arcaicas, experiências sensoriais vividas em sua terra natal, os cheiros, os gostos, as imagens, e sobretudo a melodia da voz do analista que aliada ao sotaque característico possivelmente a transportava de volta à experiência estética primitiva com a voz materna. Arrisco-me a dizer isso, pois como veremos adiante, Francisca fará uma forte transferência com a minha voz, solicitando-me por áudio e por telefone em várias ocasiões.

Chegou se queixando do filho mais novo, dependente químico e que havia cumprido pena por assalto. Depois de um tempo relatando as humilhações e dificuldades sofridas por causa desse filho, começa a me contar um pouco de sua própria história.

Aos 53 anos, casada com o mesmo homem há cerca de trinta, conta que de quinze anos para cá já não acontece “mais nada” entre eles. Mãe de quatro filhos, avó, filha de mãe solteira, nunca conheceu o pai. Sua mãe, lavadeira, ia tendo os filhos de diferentes homens e entregava-os para serem criados por outras famílias. Muitos desses irmãos Francisca nunca mais teve notícias. Ao todo foram mais de vinte. Dos filhos que ficaram, ela foi a escolhida logo cedo para sair da escola e ficar em casa fazendo os trabalhos domésticos. Acredita que isso se deu por ter a pele mais escura que os outros irmãos. *“Nega safada”* era como a mãe a chamava quando se irritava com ela.

Certa manhã, quando contava aproximadamente oito anos, acordou sobressaltada com o irmão de dezesseis anos *“em cima dela fazendo coisa”*. *“Suponho que você esteja querendo*

me contar que o que estava acontecendo era uma relação sexual” eu lhe digo. Visivelmente constrangida e com voz trêmula ela relata que foi abusada enquanto dormia e quando acordou e se deu conta do que estava acontecendo ficou paralisada, sem reação. Ao ver o irmão sobre ela, emudeceu. Quis gritar, mas não tinha voz.

O abuso se repetiu outras vezes sem que ninguém soubesse. Os irmãos mais novos iam para a escola e a mãe saía para lavar roupa. O abusador aproveitava que ela ficava sozinha e a ameaçava, caso contasse a alguém. Tinha medo de apanhar da mãe e também dele.

Aos dez anos começa a trabalhar como doméstica em casas de família. Relata que apanhou dos patrões não poucas vezes. Uma vez a deixaram trancada na lavanderia, onde foi obrigada a passar a noite. O castigo se deu sob o pretexto de corrigi-la de algum mau comportamento. *“No outro dia, de manhã destrancaram a porta como se nada tivesse acontecido. Nem dormi porque tive medo que fossem me matar! Eu nunca vou esquecer.”* ela me diz enquanto chora. O pouco dinheiro que recebia ficava com a mãe. Penso na solidão e no desamparo dessa menina tão nova e já desde cedo exposta a diferentes formas de violência. Fico consternado.

Quando aos treze anos é trazida a São Paulo para trabalhar também como doméstica vai morar na casa de outro irmão mais velho, esse já casado e com filhos. Ela passava a semana na casa dos patrões e só retornava nos finais de semana, teve dificuldades com a alimentação e emagreceu muito. Ainda assim atraiu a atenção de outro predador. Quando os pais saíam, o filho mais velho do casal, já homem feito, a encurralava em seu quartinho de empregada e a violentava. *“Ele colocava um travesseiro em meu rosto”*. Revoltado com a história que estou escutando, e talvez motivado por um impulso de querer livrá-la daquela violência a que era submetida, pergunto se ela não gritava por socorro, não pedia ajuda, não lutava com ele tentando fugir. Talvez naquele momento eu quisesse ter sido o herói a libertá-la do sofrimento, mas não encontrei as palavras certas... Ela mirou nos meus olhos e respondeu docemente: *“Como, meu amor? Eu estava sozinha! Se correr o bicho pega e se ficar o bicho come!”*.

“Meu amor [...]” aqui devo fazer um comentário, porque Francisca mesmo quando queria expressar a sua raiva e frustração em relação a mim, por conta de uma sessão que eu precisava cancelar ou remarcar, uma viagem de férias, ou algo do gênero, o fazia sorrindo e com doçura na voz. Não conseguia me atacar diretamente, talvez por medo de me perder. Perder o espaço de escuta, e acredito que sobretudo, a relação com um homem real que não representava uma ameaça para ela. Essa mulher doce e que sorria quando precisava endereçar

alguma queixa ao analista sobre ele mesmo, era muito diferente da Francisca que atendia o telefone com voz raivosa, voz de um animal ferido, agonizante, antes de saber que era eu quem estava do outro lado da linha. Então tudo mudava, havia um súbito silêncio, como se precisasse de um pouco de tempo para se reencontrar com a outra Francisca, doce e brincalhona das sessões. Mas retornemos ao relato de sua história.

Depois que o rapaz mais novo, filho dos patrões, lhe fez uma primeira “visita” ela decidiu contar tudo à patroa. “*Já contou? Tá contado! Isso já aconteceu antes!*” Foi o que escutou como resposta a seu pedido de ajuda à mulher que em seguida a demitiu. Fico curioso com o motivo dela ter suportado a violência vinda do rapaz mais velho e ter se rebelado quando coagida pelo mais novo, mas nada pergunto nesse sentido. Apenas me dou conta de que apesar de seu habitual comportamento passivo frente as adversidades que se apresentam continuamente em sua vida, ela parece, subitamente esboçar uma atitude de ruptura com esse ciclo vicioso, saindo mesmo que momentaneamente, de algo que eu chamaria aqui de “esmagamento melancólico”.

Ela não ousou contar nada ao irmão, pois já havia apanhado muito no começo de sua estadia nesse emprego quando contou à própria mãe das suas dificuldades de adaptação aos novos hábitos alimentares na cidade grande. Depois de bater muito em suas mãos com um ralador de coco, seu irmão a obrigou a ajoelhar-se sobre grãos de feijão e repetir que “*o que acontece aqui fica aqui, e o que acontece lá fica lá*”. Depois de experimentar tamanha crueldade, nunca mais teve coragem de contar aos familiares sobre o que quer que lhe acontecesse.

Então ela me diz que nunca teve um espaço para falar de si e que nunca havia contado aquelas coisas a ninguém. Fico a pensar em como conseguiu sobreviver a tanta violência, a tantos abusos. Como alguém poderia ter sobrevivido a tudo que ela viveu sem enlouquecer?

Mas ao longo dos meses seguintes, a cada sessão, Francisca me trazia outras histórias de abuso e violência vividas por ela. Contou-me de sua história com o marido, de como ele a tratava desde o início do relacionamento, quando ele “*fazia coisa*” com ela num quartinho escuro e lhe dizia que não contasse a ninguém. Intrigava-me que por àquela altura ela já não soubesse dar nome ao que se passava na intimidade entre um homem e uma mulher. Com o passar do tempo em análise, percebi que uma das defesas de Francisca para lidar com a indigerível realidade era não nomear suas tragédias. O seu filho não roubava, “*pegava coisa dos outros*” “*fazia coisa errada*”, ela e o namorado que viria a se tornar marido não faziam

sexo, “*faziam coisa*” e assim por diante. Deformando a realidade externa e interna, colocando um pouco de açúcar em seu amargo cotidiano ela buscava meios para sobreviver física e psiquicamente.

Em uma conversa casual com a cunhada descobriu que estava grávida. O irmão e o namorado decidiram pelo aborto. O namorado pagou, e como ele não se casaria com ela, aceitou.

Acredito que essa talvez tenha sido a sua primeira experiência evidente de depressão. Com o fim do relacionamento e trabalhando como babá para uma família, ela conta que a patroa a deixava trancada com o filho pequeno em casa. Ela colocava o menino para dormir e tomava todos os remédios que encontrava. Diz que não sabe como não deu também remédios à criança. Pergunto quais remédios ela tomou. Ela explica ter sido uma mistura de analgésicos e completa: “*Acho que eu queria morrer*”. No entanto, para além das palavras ditas, eu a escuto dizer que também queria matar aquela criança que não era sua e que era obrigada a cuidar. Mas não teve coragem, pois algo a impedia. O seu bebê havia sido arrancado dela brutalmente, deixando-lhe um enorme vazio.

Após algum tempo reencontrou o antigo namorado na casa do irmão e reataram o namoro. Novamente engravidou, e dessa vez, quando a paciente deu à luz, o namorado quis que ela abandonasse a criança no hospital. “*Eu não ia largar minha filha pra trás igual cachorro*”. Quatro meses depois o bebê faleceu. Após uma nova gravidez, nasce uma outra menina. Compelida pela patroa, pressionou o namorado a registrar a criança e finalmente se casaram. Ela conta ainda que deu à luz a trigêmeos que faleceram.

A história de seu casamento prossegue como um drama de cores fortes. Já durante a festa ela assistiu o marido assediar uma convidada. Entre os vários casos extraconjugais que ele nunca teve a preocupação de esconder, talvez o mais surpreendente tenha sido com a irmã da própria paciente. Ela conta ainda em tom de revolta da vez que teve que dormir entre o marido e uma outra mulher em sua própria cama. Uma passagem obscura para mim, pois pareceu-me que a paciente teve de suportar a presença de outra mulher durante uma relação sexual. Pergunto o que a ligava a esse homem que a tratava tão mal. “*Eu era capaz de dar minha vida por ele*”. Fico surpreso com a força dessa resposta já que pelo seu relato ela não recebia dele nada que justificasse, ao menos na esfera consciente, tamanha paixão. “*Não sei, não sei [...]*” resposta recorrente a tantas perguntas que eu fazia e que me faziam crer que a repetição da vivência de tantas cenas traumáticas tenha catapultado Francisca direto para um calabouço de inibição

intelectual e capacidade simbólica, onde permanecia prisioneira e incapaz de escapar, como uma criança que depende de um outro que lhe ensinasse a nomear os objetos, o mundo, os afetos, que lhe autorizasse a tornar-se sujeito. Por outro lado, eu pensava que esse não saber, talvez a protegesse de pensar sobre suas angústias e de ter que elaborá-las. Trabalho ao que me parece, estava muito além de suas capacidades psíquicas naquele momento.

Aqui é preciso fazer uma breve digressão, pois fico bastante curioso em compreender como a paciente reage a tantas situações de crise, que para mim parecem inaceitáveis e ferem sua dignidade. Nesses momentos de tensão, Francisca reage com violência. Relata que muitas vezes agrediu o marido, se envolveu em brigas na rua para defender os filhos, chegando até mesmo a parar em delegacias. Diz que durante sua juventude não era fácil, mas hoje em dia está “*mais mole*”, por causa da idade. Por outro lado, faz questão de marcar as diferenças entre ela e o marido no trato afetivo com os filhos. Ele sempre bruto, áspero, adepto de castigos físicos e humilhações, ela incapaz de maltratá-los.

Sobre não enlouquecer, questão aberta alguns parágrafos acima, algum tempo depois, Francisca irá me dar pistas de uma das alternativas que o seu psiquismo lançou mão para conseguir seguir vivendo. Ela me conta que já há algum tempo, quando não está costurando, - trabalho que faz com muito esmero e prazer, - cuida de crianças. Naquele período da análise recebia em sua casa no turno da tarde cerca de cinco crianças de idades variando entre um e sete anos, filhos de vizinhos, que lhe pagavam algum dinheiro para cuidasse das crianças. No entanto, era visível que seu empenho e compromisso em cuidar extrapolava o seu interesse em exercer algum meio de ganhar dinheiro. Para mim era claro ter sido esse um mecanismo encontrado por ela para cuidar de sua criança interna.

Aos poucos ela vai se soltando, brinca, sorri, gargalha, às vezes me faz perguntas pessoais e tem que se contentar com evasivas. Entre nós se estabelece um clima afetivo. Tenho ciência dos muitos lugares onde ela me coloca, alguns, um pouco difíceis de sustentar. Depois de tantos anos distante do marido quis saber se ela nunca pensara em refazer sua vida. “*Se aparecesse assim um Gianechini, um Antônio Fagundes novinho...*” ela responde rindo. Eu entendo e nada digo.

Até que um dia ela resolve me contar um segredo. Durante um tempo quando era bem mais jovem manteve um romance com um vizinho, ele também casado. Falou que as famílias eram amigas e se frequentavam mutuamente. Essa relação extraconjugal durou um bom tempo, talvez uns cinco anos, porque fazia com que se sentisse bem. Esse homem era diferente,

conversava com ela, e quando iam para a cama ele a tratava carinhosamente. “*Ele falava comigo de um jeito [...]*”. Quando o homem cogitou a possibilidade de desfazerem seus casamentos para viverem juntos, ela começou a ter medo e se afastou. Medo do quê? Medo de ser feliz? Perguntei. Ela não soube responder. Durante esse relacionamento engravidou e desde início ela teve certeza de que a criança era filha do amante. Quando a menina cresceu, com a pele mais clara que os seus demais filhos e fisionomia diferente, ela obteve a confirmação. O marido, se desconfiou, nunca comentou. Durante muitas sessões, que atravessaram meses, contando e recontando a história de seu romance secreto, ela esperou que eu lhe dissesse se deveria ou não revelar à filha a identidade do seu verdadeiro pai. Eu apenas reafirmava que essa decisão era uma responsabilidade dela.

Fui testemunha de sua história, e talvez, continente de algumas de suas profundas angústias. Quando acreditei que podia caminhar com suas próprias pernas estimei-a a fazê-lo. Analfabeta, ela entrou para uma escola noturna de alfabetização de adultos. Tempos depois, muito animada, me contava de seus avanços. Conseguia ler os letreiros dos ônibus, os nomes das lojas, as minhas mensagens no *WhatsApp* [...]. Pergunto a ela como é aprender a ler. “*É como ver um pedacinho do mar*” ela me responde.

No entanto, pouco tempo depois, fui percebendo que ela vai desistindo de conquistar o oceano, se contentando em contemplar de longe uma frestinha do mar [...]. Os seus objetos internos terroríficos vão pouco a pouco conseguindo tragá-la de volta para o ciclo interminável de repetição. As decepções e brigas com o marido e os filhos, a falta de dinheiro, sua constante dificuldade em se organizar para pagar a análise, seus medos e sua melancolia sempre presentes a impedem de dar prosseguimento a seu caminhar na análise. Ela começa a se prender a fatos de seu cotidiano em lugar de associar livremente, cancela as sessões em cima da hora, fica semanas sem aparecer e quando vem diz não saber o que quer e nem para onde quer ir. Inevitavelmente percebi que o processo estava se tornando improdutivo e era tempo de interromper.

Penso que um grande impasse no processo de análise de Francisca comigo tenha sido um desejo dela de não querer crescer, ou não conseguir crescer. Em uma de nossas últimas conversas, assinalai a necessidade dela de tornar-se mais autônoma e independente. Que eu reconhecia que talvez tivesse errado em deixá-la muito tempo como um bebê sendo embalada em meus braços e que era preciso aprender andar. Acreditei verdadeiramente que ela necessitava viver na análise uma experiência muito primordial de cuidados maternos e que eu, como analista-ambiente precisava estar atento e disponível às suas necessidades de holding de

bebê desamparado e traumatizado. E que também era necessária uma experiência de relacionamento com a pessoa real de um homem que não fosse ameaçador para ela. Eram as partes necessárias do processo. Mas toda a ética do cuidado não excluía o imperativo de a paciente tornar-se mais autônoma e independente. Pois o bebê estava ficando pesado de carregar...

Da primeira vez que assinalei a possibilidade de interrompermos o processo ela chorou copiosamente e pediu que pelo menos pudesse me telefonar de vez em quando para escutar a minha voz. Pergunto por que é tão importante escutar a minha voz. No fundo tenho ciência de que a transferência de Francisca com a melodia da minha voz tem ligação com suas raízes arcaicas, mas também com as memórias de sua terra natal evocadas pelo meu sotaque.

Ela diz que não sabe, e segue lembrando de quando eu entrava de férias ou precisava faltar, ela conversava com sua máquina de costura, com a parede, com a porta como se fosse eu, *“parecendo uma maluca”*, mas ela sabia que logo iria me reencontrar, me rever e me escutar de novo. Nunca consegui ficar indiferente aos seus apelos de criança abandonada, desamparada, violentada. Dentro de mim eu escutava o choro agonizante da criança indefesa e solitária dentro dela, então dei-lhe mais um tempo, e depois um pouco mais, até que não foi mais possível.

“Sabe quando você está no mar, nada, nada e não chega a lugar nenhum?” Esta foi uma das suas falas durante nossa última sessão, enquanto fazíamos um balanço do processo. Reconheceu a sua dificuldade em tomar decisões e se responsabilizar por suas escolhas, que os filhos já estavam crescidos e criados e que ela já não deveria se preocupar com eles, tampouco com o marido que dormia no quarto de casal sozinho enquanto ela dormia em um sofá desconfortável na sala. Eu, por meu turno, reconheci que talvez devesse ter sido mais duro, mais firme com ela em alguns momentos, nem sempre tão acolhedor e maternal como fui a maior parte do tempo.

Sentia que sua dificuldade em se separar de mim era baseada na fantasia de que ao interromper a análise eu desapareceria para sempre, como sua mãe desaparecera certa vez, deixando-a sozinha na noite escura. Não concebia a hipótese de que eu continuaria a existir independente de seu controle e que quando quisesse, se quisesse, poderia escutar a minha voz, através de uma ligação telefônica, um áudio ou mesmo pessoalmente.

A seguir transcrevo relatos de sessões com a paciente.

1.2.1. Relato de uma sessão dos primeiros anos de análise

Durante um considerável período ela chegava as sessões e comentava, depois de ter cortado o cabelo bem curto, quase masculino: “*Você sabe há quanto tempo eu não me olho no espelho?*” e me mostrava o jeito que se penteava de cabeça baixa em frente ao espelho para não ver o próprio rosto.

Nesse dia comenta que quase não compareceria a sessão de análise, e quando repete o comentário habitual sobre não se olhar no espelho, eu pergunto o porquê.

Francisca: *Não gosto de ver a minha cara. A nega véia tá acabada.*

E começou a falar dos dentes que foi perdendo, a maior parte por falta de cuidado e informação. Estava se sentindo profundamente envergonhada porque estava prestes a perder mais um dos últimos três dentes que lhe restavam. Lembrou com ressentimento de uma patroa dentista que nunca se oferecera para cuidar de seus dentes.

Percebo claramente a sua preocupação em como eu a percebo, e em como ela se apresenta para mim. De tempos em tempos Francisca me dá mostras da sua transferência amorosa, embora na maior parte do tempo me coloque em outros papéis.

Francisca: *A casa tá toda virada. Hoje eu não fiz nada. A pia cheia de louça. Nem lembro a última vez que passei a vassoura na casa. Não consegui descer lá no quartinho das costuras. Tá uma bagunça só!*

Analista: Acho que você está querendo me falar de como está se sentindo, toda bagunçada, toda virada por dentro. Talvez porque esteja tendo que pensar sobre coisas que nunca tinha pensado antes. Uma hora você vai ter que arrumar a casa senão ela vai ficar inabitável! (Então me pergunto se Francisca é capaz de alcançar a analogia que estou fazendo entre espaço casa e espaço interno psíquico).

Francisca: *Só tenho vontade de dormir. Acho que podia dormir uma semana.*

Analista: Você espera que algum milagre aconteça enquanto você dorme e quando acordar todos os seus problemas estejam resolvidos sem que você precise fazer nada para resolvê-los.

Silêncio.

Francisca: *Você sabe eu tava me lembrando esses dias de que teve uma época que eu só queria dormir, ficar na cama. Isso foi logo depois que tive que tirar o bebê... Eu te falei que eu apanhei muito porque fazia xixi na cama? Fiz xixi na cama até grande! Fui parar quando já tinha tido a B. (sua filha mais velha). Eu tinha muita vergonha. Também tinha uma mania de chupar o dedo e enrolar o cabelo até dormir e isso só passou depois que fui tendo meus filhos.*

Analista: Parece que você está querendo me falar da sua solidão e do seu desamparo, do seu desejo de ficar em um lugar seguro, como o colo da sua mãe, por exemplo...

Ela dá uma risada

Francisca: *Não me lembro de minha mãe me pegar no colo, não! Lembro é dela me botar pra trabalhar, me chamar de Francisca nega safada!*

Analista: Talvez você esteja experimentando esse “colo” aqui (coloco uma ênfase na palavra colo) só que de outra forma. Na forma de escuta, cuidado, atenção...

Ela me olha séria e fica pensativa por alguns minutos.

Analista: Você fala pouco de sua mãe...

Repete a história de que a mãe ia tendo os filhos e dando a estranhos, a parentes. Alguns nunca mais tiveram notícias.

Analista: É tudo que você consegue lembrar dela?

Francisca: *Me lembrei agora de uma vez que eu fui com ela na “fonte”, no lugar onde ela ia lavar roupa. Tinha um barraco onde ela e as outras guardavam umas coisas e lá tinha uma rede. Eu deitei pra descansar e dormi. Menino, quando eu acordei tava tudo escuro, já era de noite. Todo mundo tinha ido embora! E agora? (Ela faz cara de espanto, parece até que voltou no tempo). Minha mãe tinha ido embora e me deixou lá. Já pensou? Eu me tremia toda de medo. Eu me encolhi e me cobri toda com a rede de tanto medo que eu tinha. Eu nem me mexia! Deu vontade de fazer xixi. Eu apertada... Fiz ali mesmo.*

Analista: Você ficou a noite toda acordada?

Francisca: *Não! Acabei dormindo de cansada e de tanto medo toda encolhida. Quando abri o olho de novo já era dia. Minha mãe apareceu pra me buscar. Ela veio só no outro dia, depois que amanheceu.*

Enquanto a escuto tenho a vívida impressão de que ela me conta um sonho que mal consegue diferenciar da realidade. Sonhou que havia anoitecido e junto com a noite e a escuridão, veio o abandono da mãe e a solidão. Seu medo é tanto que faz as suas necessidades fisiológicas ali mesmo onde está. Quando finalmente acorda de verdade, depara com a mãe, que possivelmente terminara o serviço e viera buscá-la. No entanto, para ela, Francisca, houve um lapso temporal que pareceu durar uma noite inteira, uma noite de abandono e desamparo, sem que ninguém fosse resgatá-la.

Analista: Você se lembra qual a sua idade quando isso aconteceu?

Francisca: *Eu era pequena... Sempre tive medo de tudo. Até hoje tenho muitos medos.*

Analista: Você quer falar?

Francisca: *Medo de escuro, de morrer, de ficar trancada pelo lado de fora.*

Analista: Como assim trancada pelo lado de fora?

Francisca: *Quando eu era menina fizeram isso comigo. Os meus patrões me trancaram na lavanderia uma noite inteira. Não consegui dormir com medo que fossem me matar. De manhã eles abriram a porta e agiram como se nada tivesse acontecido.*

Analista: Você passou toda a sua vida tentando sobreviver, lutando para se manter viva. E só depois, só agora está tendo tempo de pensar sobre tudo o que lhe aconteceu. Você vai precisar de tempo para processar a dor de todos os golpes que recebeu. Eu compreendo o quão difícil está sendo para você lembrar e falar sobre essas coisas, mas eu estou aqui para te acompanhar e te ajudar.

Ela chora em silêncio e depois fica pensativa, com seus grandes olhos negros me fitando, como se esperasse que eu lhe desse uma resposta, lhe apresentasse uma fórmula mágica que pudesse dissipar a tristeza que ela estava sentindo naquele momento. Ou quem sabe, quisesse apenas compartilhar comigo a dor sentida naquele silêncio.

1.2.2 Relato de uma sessão de alguns anos mais tarde

Depois de me enviar um áudio por um aplicativo de troca de mensagens, chorando muito e solicitando que adiantasse o dia da sua sessão ela chega queixando-se de uma sensação muito ruim.

Francisca: *Tive um sonho, mas não me lembro direito. Eu corria, corria de alguma coisa que vinha atrás de mim. Não sabia o que era, nem quem era. Sentia uma agonia. Acordei com essa sensação ruim de me sentir esmagada e cansada.*

Ficamos em silêncio algum tempo.

Francisca: *Deixa eu te mostrar uma coisa. (Diz enquanto procura algo dentro da bolsa. Retira o aparelho celular) Olha o que os meus filhos fizeram comigo.*

Analista: Você não prefere me contar primeiro o que aconteceu antes de me mostrar?

Ela dá um suspiro irritado.

Francisca: *Sabe o que eles fizeram? Uma molecagem! Lá em casa tem um banheiro do lado de fora e eu tava lá. Eles chegaram de mansinho e trancaram a porta por fora, me deixaram trancada! Eu querendo sair sem poder. Batia na porta e gritava o nome daqueles safados pra eles aparecerem. Olha, eles ainda fizeram um vídeo e ficaram dando risada do meu desespero. Quando eu saí falei um monte!*

Analista: O que você sentiu ao se perceber trancada?

Francisca: *Menino... Eu queria arrombar aquela porta. Me deu um desespero! E que raiva! Que ódio daqueles meninos! Como é que fazem uma coisa dessas?*

Analista: Como é que fazem uma coisa dessas? Com você?

Francisca: *Cadê a consideração não é, meu filho? Ainda queriam colocar o vídeo no YouTube. Eu que não deixei.*

Analista: Sabe o que eu estou percebendo Francisca? Uma distância considerável entre essa Francisca de agora e aquela outra, a menina que sofreu calada tantas violências...

Francisca: *Se eles soubessem, meu filho... (fica pensativa). Eu achei que ia ficar ali pra sempre trancada naquele banheiro. Achei que eles iam me esquecer lá. Mas os danados tavam do lado de fora dando risada da minha cara. Mas eles ouviram poucas e boas!*

Percebo nesta sequência relatada pela paciente, um contraste entre a criança de antes sem voz, emudecida e paralisada pelo trauma e a mulher de agora dando sinais de ser capaz de reclamar para si respeito e dignidade. Obviamente, ser capaz de gritar por socorro, de exigir que lhe fosse restituído o seu lugar de autoridade na hierarquia familiar naquela situação, não representa a cura definitiva de todos os seus males, mas significa dar um passo na direção da autonomia, que penso, ela tenha vindo buscar na análise.

Embora em parte considerável do seu tempo em análise a paciente tenha demonstrado intensas inibições nos processos de simbolização, e uma forte resistência para se desprender de seus aspectos mais regredidos para seguir em direção a um amadurecimento psíquico mais pleno, acredito que foram feitos progressos. Ser capaz de dizer não em diversas situações em sua vida ao longo desses cinco anos em análise, para mim, são prova viva desse avanço.

Analista: Esquecida como quando você era uma criança?

Francisca: *É... lembrei agora daquela situação quando me trancaram. Acho que é esse medo, essa sensação ruim do sonho de ficar enterrada em um buraco. Lembra do sonho que falei outro dia? (Ela em outra sessão, relatou um sonho com um dos filhos que no sonho ainda uma criança caia no poço de um elevador).*

Analista: Acho que tem a ver com se sentir esmagada, como no sonho que você me trouxe hoje.

Ela esfrega a mão sobre o peito e faz uma expressão de quem sente algo desagradável. Estende a mão com o celular para me mostrar o vídeo feito pelos filhos. Vejo uma porta, escuto seus gritos desesperados chamando o nome dos dois filhos homens. Ao fundo risos masculinos.

Analista: *O que eles fizeram foi muito sério. Foi muito desrespeitoso. Isso não se faz. (Até pensei em dizer que o que eles fizeram foi uma violência contra ela, mas por se tratar dos filhos da paciente, recuei).*

Após algum tempo em silêncio ela remexe a bolsa novamente e retira algumas fotos. Mostra para mim. Ela e os netos nos jardins de um museu da cidade andando de carrinho de rolimã. Fico verdadeiramente surpreso com a leveza que encontro no rosto da paciente naquelas fotos, e mais ainda por vê-la desenvolta descer a toda velocidade uma rampa a bordo de um carrinho de rolimã. Não me contenho e dou risada.

Analista: Essa é você?

Ela gargalha.

Francisca: *Eles são os meus amores (referindo-se aos netos que aparecem com ela nas fotos). Queria mostrar pra eles do que eu brincava quando era criança. Eles adoraram. Vó! Vó! Você é da hora! (E ri).*

Seu riso é contagiante e eu me dou conta do quão penoso é para ela entrar em contato com suas dores e tragédias. Percebo em seu movimento de mudar o rumo da conversa a necessidade de desanuviar, trazer um pouco de leveza, de brincadeira, beleza para a sessão. Eu concordo.

No dia seguinte ela me envia novo áudio. Chorando agradece e confessa o quanto gostaria que a sua vida fosse sempre despreocupada e leve como naquelas fotos que me mostrara no dia anterior.

CAPÍTULO 2 – FERENCZI E O MEDO DA LOUCURA, WINNICOTT E O MEDO DO COLAPSO (*breakdown*)

*“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. Ogden⁵

Durante o período em que praticou a psicanálise Ferenczi observou que muitos pacientes manifestavam 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; ele rapidamente associa o medo de enlouquecer com traumas psíquicos e com angústia. Para Ferenczi (1931), e, mais adiante como poderemos constatar também, para Winnicott (1963), trauma passado, trauma do futuro, medo de enlouquecer, pânico, *breakdown* (colapso), agonias impensáveis, angústias e desamparo podem estar fortemente interligados numa trama de relações. Em todo paciente muito traumatizado, nos psicóticos e nos *borderlines* há um medo de enlouquecer; o que é um paradoxo, pois de certa forma, já viveram ou estão vivendo alguma forma de *enlouquecimento*.

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

Em um artigo de 1931 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).

Antes de dar prosseguimento ao desenvolvimento de nossas ideias, queremos abrir um parêntese para um breve comentário a parte. Vejamos: Ferenczi está afirmando que o medo da loucura é transformado em angústia de forma automática, e penso que esta afirmação se dê por

⁵ O medo do colapso e a vida não vivida.

ele acreditar que essa transformação ocorra para preservar o indivíduo de um sofrimento ainda maior. Numa rápida revisão do termo *angústia automática*, em Laplanche e Pontalis (2012, p.26), encontramos o seguinte: “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.”

Na experiência de angústia automática a libido trabalha inteiramente desligada e livre, e por esse motivo, o sentimento que dela resulta recebe a conotação de uma força incontrollável que deixa o sujeito desamparado e vulnerável a um perigo de aniquilamento. Lembremos que em 1926 Freud está reformulando sua teoria da angústia, e embora ele ainda não articule a angústia automática com a pulsão de morte, podemos facilmente antever esta 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 irão se manifestar em suas clínicas.

Para Freud duas situações estariam na origem do sentimento de angústia: 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 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 é 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 conta de sua total passividade frente o 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).

Para Freud, portanto, no fundo de toda angústia há o 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, medo de morrer.

Retornando a Ferenczi (1931/2011), ele afirma que o medo da loucura seria o mais profundo que faz surgir angústias para encobrir, *ou quem sabe proteger [grifo nosso]* o psiquismo de entrar em contato com experiências impossíveis de serem abarcadas e processadas pelo ego, experiências as quais, décadas mais tarde Winnicott nomeou de *agonias impensáveis*. É curioso como Freud, Ferenczi e Winnicott se aproximam no que tange a associar o sentimento de angústia profundo e aterrador ao desamparo, e o medo de enlouquecer surge como algo equivalente ao temor de uma *morte psíquica*, uma agonia impensável.

Ferenczi (1931/2011), ele afirma que a angústia é consequência imediata de todo traumatismo. Angústia automática é a angústia maior, sem controle, é um afluxo de excitações que lança o sujeito no precipício de agonias impensáveis, ameaça de aniquilamento. Será que isto protege do medo da loucura? Segundo Freud o que sempre protege é a angústia como sinal, não a angústia automática, que nos parece ser puro excesso de excitações, quase sem representação. Mas, Ferenczi parece querer dizer outra coisa. Para ele a angústia automática ganha a conotação de uma defesa contra o medo da loucura, ou seja, a angústia torna-se um fenômeno automático e como sinal de alarme, a angústia deve ser considerada como um produto do estado de desamparo psíquico frente a um perigo incontável e inesperado, preservando uma parte do psiquismo do total aniquilamento. Ainda que a fonte dessa angústia esteja completamente encoberta no inconsciente.

Para Ferenczi (1931/2011) todo medo da loucura é o medo de re-experimentar o trauma, ou seja, o medo de reviver uma experiência de loucura já vivenciada. A ausência do registro consciente se explica pelo fato de que no momento do trauma o paciente ter cindido 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,

há apenas registro da *vivencia traumática*, já que ainda não se formou a instância egoica. Nesses casos o que se percebe nas análises é uma espécie de rastro, vestígio de enlouquecimento que é sentido como uma constante ameaça pelo paciente. Em Ferenczi esses rastros são registros muito primitivos, corporais do acontecimento traumático. Não há experiência, mas há o registro primitivo de um acontecimento enigmático.

As intuições clínicas de Ferenczi lançaram luz sobre importantes questões que surgiam em meu próprio consultório, e em especial nas análises de Ayla e Francisca.

Ayla após um hiato de dois anos, desde seu primeiro processo de análise comigo, retorna e relata estar *quebrada* financeiramente e emocionalmente. Em breve, passaria por uma cirurgia para retirada do útero e dos ovários e tal notícia coincide com a tomada de consciência de que já havia atravessado a menopausa. Aos cinquenta e um 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 esta surpresa com a menopausa em função de ter uma parte tão infantil dentro dela, ferida, que nunca pôde amadurecer? Neste 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, pode ser considerado por nós como uma metáfora da ferida aberta do trauma, fosse uma forma primária de simbolizar o abuso, 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, Ayla não tinha mais ninguém, todos os parentes haviam morrido e agora o filho, acenava com a possibilidade de deixá-la na mais temida solidão. Numa 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 eu comento que ela está me descrevendo a sua vivencia 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 – possuem 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 Ayla em seu berço à espera da mãe amorosa e nutridora, que, no entanto, só possuía 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. Aqui o desmentido efetuado pela mãe foi provavelmente uma estratégia para evitar o sentimento de ter sido traída pelo marido, ao mesmo tempo em que posicionou a filha no lugar de rival e antagonista. (Talvez aqui vislumbremos algum vestígio de explicação para o intenso ódio que permeou a relação dessas duas mulheres desde sempre). Podemos pensar que a negação da realidade, o desmentido, se tornaram um padrão comum de relacionamento entre Ayla e sua mãe.

Poderíamos ficar aqui enumerando todas as experiências traumáticas trazidas pela paciente durante os seus anos em análise. Isso sem falar em seus constantes 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 forma 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 como se fossem estados de morte dentro, uma espécie de pequenos suicídios relativamente à sua vida psíquica. Mas, acredito que com algumas pinceladas de material clínico, conforme apresentado acima, possamos formar a imagem necessária para elucidar as questões que ligam a angústia de Ayla ao medo da loucura, da solidão e da morte. Experiências que no fundo lhe são tão familiares, pois podemos afirmar que seus medos são apenas sombras daquelas experiências que de fato já aconteceram.

No caso de outra paciente, Francisca, sempre me pareceu ter medo da vida, medo de arriscar a felicidade, como se o sofrimento por ser terreno conhecido, lhe parecesse sempre mais seguro e confiável. A crueza das diferentes formas de violência sofridas por esta paciente, estão relatadas em outro capítulo, e por esse motivo, nesse momento vou me deter sobre os aspectos do caso que mais nos interessam tratar neste ponto da pesquisa.

Essa paciente sempre trouxe em seus relatos o medo da solidão, o medo do escuro, medos diversos que confundiam o seu mundo interno com o exterior a sua volta. Seu mundo interno, sombrio e tingido com as vivas cores da violência, entre elas o repetido abuso sexual vivenciado em diferentes momentos de sua vida, mascaravam a vulnerabilidade da criança deixada por sua própria conta.

Talvez um momento que valha a pena ser lembrado aqui seja aquele ao qual tomei a liberdade de nomear de “experiencia-sonho” – nomeada desta maneira por conta de minha perplexidade na ocasião, no entanto sem nunca duvidar de que aquela história era uma verdade, mesmo que pertencente apenas a sua realidade psíquica. Nesse relato a Francisca foi deixada, abandonada, esquecida e teve que passar a noite sozinha no lugar onde sua mãe que era lavadeira ia trabalhar. Nesta ocasião a menina acompanhou a mãe, mas adormeceu numa rede em uma espécie de depósito e foi esquecida por ela nesse lugar onde foi obrigada a passar a noite sozinha e aterrorizada. Experiência que se repete e se amplifica quando a menina vai trabalhar como doméstica e é trancada pelos patrões na lavanderia onde teve que passar a noite, dessa vez acordada. A paciente menciona o sentimento de terror que a fez temer pela própria vida. Mais tarde, já durante a análise relatou outra situação semelhante. Seus próprios filhos “por brincadeira” deixaram-na trancada no banheiro de casa pelo lado de fora. Dessa vez ela conseguiu gritar, protestar, se impor.

Tempos depois, lembrando do terror que Francisca relatava ao ter que visitar um de seus filhos na penitenciária quando este cumpria pena por assalto a mão armada, me perguntei se dentro dela os ecos destas e de outras experiências terríveis não tornavam as visitas ao filho ainda mais angustiantes pela fantasia de que poderia ser ela ali, trancada no lugar dele, ou de que ao entrar naquele espaço prisional, por alguma razão, fosse impedida de sair. Ecos de terrores inconscientes ... De todo jeito ela sofria pelo filho, em identificação com ele.

Ressaltamos que em alguns momentos deste capítulo para além do material clínico exposto acima, utilizaremos alguns objetos da cultura para ilustrar nossas reflexões acerca da temática do *breakdown*.

2.1 A solidão traumática: Aproximações entre o medo da loucura e o desamparo absoluto

É interessante que em consonância com o medo da loucura, Ferenczi aborde a ideia de *solidão traumática*, conceito que julgo pertinente ressaltar por conta das vivências relatadas pelas duas pacientes ao longo de suas análises, e que nos ajudam a pensar a magnitude da comoção psíquica vivenciada e seus desdobramentos no funcionamento mental destas mesmas pacientes.

A solidão traumática é 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 é a defesa utilizada para a sobrevivência psíquica, como modo de suportar a dor da solidão, do abandono e do desamparo.

Ferenczi (1932, p.239) escreveu sobre as consequências da solidão traumática na vida do indivíduo em seu Diário Clínico. Vejamos:

[...] 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 [algo⁶] 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.

A deformação, assinalada 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 a solidão traumática, a interdição 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 a 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, e para tanto lançará mão dos processos de clivagem dividindo-se em uma parte cuidadora e uma parte que é cuidada. Quantas vezes me perguntei durante as análises de Ayla e Francisca, de onde aquelas pacientes haviam retirado forças para sobreviver a tanta violência?

Ferenczi (1932/1990), também nesse texto do Diário Clínico, aborda questões relativas à técnica e ao manejo clínico desses pacientes traumatizados. Ele enfatiza a importância da

⁶ Acréscimo do autor.

reconquista da confiabilidade nos objetos externos, tópico que perpassa todos os níveis desta pesquisa. 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, e assinala condições especiais que o analista deverá reassegurar ao paciente durante todo o processo de análise. Estas propostas técnicas se assentam na ética do cuidado, um modo ferencziano de problematizar e redescrever 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 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, enquanto 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, sentimentos que configuram a sua identificação com o agressor. E acredito que o mais relevante, seria sentir a segurança de que o terapeuta não vai repetir o comportamento do(s) agressor(es).

2.2 Vivendo à sombra do colapso

Para dar prosseguimento a nossas reflexões podemos nos questionar o que teriam em comum o *medo da loucura* e a *solidão traumática* abordados aqui neste texto? As duas experiências se relacionam às vivências traumáticas que em muitos casos sequer possuem registro na memória consciente e lançam os pacientes muito traumatizados numa 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 Donald W. Winnicott nomeou como as *agonias impensáveis*.

Foi justamente Winnicott que mais de trinta anos depois de Ferenczi publicou suas ideias sobre o medo da loucura e a solidão traumática, apresentou um importante artigo intitulado *O medo do colapso (Fear of Breakdown)*. Em nenhum momento de seu texto, Winnicott

(1963/2007), faz referência às ideias de Ferenczi, embora seja possível que o primeiro não tivesse conhecimento prévio dos postulados desenvolvidos pelo segundo.

Winnicott nesse texto 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. Ele 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. Tomo a liberdade de aproximar loucura e colapso⁷ (*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 (1974/1994, p.70).

É importante observar que Winnicott retoma aquilo que Ferenczi vislumbrou trinta anos antes – a percepção clínica de que o medo do colapso era o temor de algo já ocorrido, vivenciado, mas não experienciado e integrado no psiquismo do sujeito. Sem registro consciente, embora exista registro da vivência traumática que permanece como memória corporal – mas 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* numa tradução mais 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 num poço sem fundo, e de se sentir quebrada ... claramente uma forma de comunicar o seu sentimento de agonia e temor de desintegração.

Embora saibamos que para Winnicott o conceito *strictu sensu* de *breakdown* se refere à falência de uma organização defensiva de tipo psicótico, numa 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,

⁷ Se Winnicott compreende que o trauma se estabelece a partir de um padrão de falhas ambientais, compreendemos que as *agonias impensáveis* - que são decorrentes das vivências de privação e/ou rupturas da continuidade do ser do bebê - poderão ser consideradas como a matriz traumática de onde se desenvolve o medo do colapso. Desta forma, parece-nos coerente a aproximação entre loucura e colapso.

falência, falha, debilidade, descensão, desmoronamento, derrocada, depauperamento, perecimento, agonia, - dentre 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 possível de ser vivida num período muito precoce, se adegue bem às reflexões que estamos construindo.

Cabe aqui mais uma ressalva: quando nos referimos a colapso e, por conseguinte a desmoronamento estamos nos referindo ao colapso e 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 desta 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, 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, de 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 psicossomáticos. 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 para a qual não sabem dizer qual seria a origem, 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 experienciar 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 vão dar 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 destes dois teóricos, baseados em sua intensa prática clínica a confirmação para as intuições que eu vinha desenvolvendo em meu próprio consultório. Minhas duas pacientes, trazidas nesta pesquisa na forma de casos clínicos desenvolveram ao longo de seus tratamentos uma forte transferência com a minha voz. Ayla 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. Francisca ao se dar conta de que se aproximava o fim de sua análise solicitou poder manter contato comigo, “ao menos por telefone, para que pudesse ouvir a minha voz.” Para pacientes tão machucadas, violentadas, parece ser extremamente importante manter viva a chama da esperança. Essa voz que elas escutavam, com sua cadência e entonação, talvez lhes servisse de ambiente acalmador, colo, canção de ninar.

É curioso que Ayla, depois de quase dois anos afastada, tenha retornado a análise. E Francisca, ainda hoje, se comunique comigo por meio de áudios via aplicativo de celular.

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. Figueiredo (2008, p.161) nos traz uma importante contribuição quando defende a ideia de algo que ele nomeia de *princípio de esperança*,

Um potencial que se desenvolve em decorrência de um encontro favorável com o objeto primordial, mais precisamente falando, ela deriva da possibilidade desse encontro decorrer 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 – ou sua “liquidação”, conforme o pensamento de Ferenczi – requer um movimento regressivo na direção de um contato muito profundo e radical com o ambiente em sua condição pré-objetal.

Esse conceito me parece pertinente por sua estrita 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 ter a sua confiança no ambiente e no objeto continuamente reasseguradas. A questão da confiança/confiabilidade será explorada com mais vagar em outro capítulo da tese.

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, 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 em determinado período 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 período especial em que todo o conjunto de mecanismos psíquicos, emocionais e neurológicos estão 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 (idem).

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 no texto *O medo do colapso e a vida não vivida* faz uma análise de *Fear of Breakdown* de Winnicott, onde 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).

Para se proteger, um psiquismo ainda informe e fortemente dependente do ego materno para formar suas próprias impressões, lança mão da cisão ⁸ como defesa radical frente à ameaça de desintegração. No entanto se não havia um “ego” formado no período da experiência traumática há apenas registro muito primitivo na forma de vivências corporais, e por isso os pacientes permanecem, não com uma memória ou lembrança passível de ser narrada e elaborada em análise, mas com uma impressão, uma sensação, um mal-estar persecutório muitas vezes inexplicável para eles e que para o analista surge como manifestações somáticas e não verbais. Ouçamos o que nos diz Winnicott (1963/2007, p.74):

O paciente precisa “lembrar” isto, mas não é possível lembrar algo que ainda não aconteceu, e esta coisa do passado não aconteceu ainda, porque o paciente

⁸ Winnicott (1960, 1962) nos fala não apenas da cisão. Variadas defesas muito primitivas podem ser acionadas: desintegração, sintomas psicossomáticos, passagens ao ato no comportamento anti-social e delinquente, dissociação entre corpo e psique levando ao sentimento de irrealidade, defesas esquizoides, desenvolver uma tendência a se auto-sustentar e se auto-cuidar, organizar uma personalidade como falso self. A lista é extensa e vale a pena para o leitor retornar aos textos originais caso deseje se aprofundar no tema. Estamos dando ênfase ao mecanismo de cisão pois buscamos a compreensão dos mecanismos que deram forma ao funcionamento psíquico dos dois casos clínicos apresentados na tese. A cisão decorrente do trauma promove a clivagem em uma parte do ego que cuida, amadurecendo precocemente, e outra que permanece fragilizada, a parte que é cuidada.

não estava lá para que ela lhe acontecesse. A única maneira de “lembrar”, neste caso, é o paciente experienciar esta coisa passada pela primeira vez no presente, ou seja, na transferência. Esta coisa passada e futura torna-se então uma questão do aqui e do agora, e é experienciada pelo paciente pela primeira vez. É este o equivalente do lembrar, e tal desfecho constitui o equivalente do levantamento da repressão que ocorre na análise do paciente psiconeurótico (análise freudiana clássica).

Winnicott está nos dizendo que o acontecimento catastrófico, a falha ou trauma primordial agente da cisão psíquica que protegeu o indivíduo das agonias impensáveis se projeta para o futuro transformando-se em medo de reviver o trauma. É esse o motivo do frequente sentimento de angústia manifestado pelos pacientes fortemente traumatizados; o medo da morte, da loucura e da solidão absoluta é o medo de reencontrar a agonia original que deu origem à organização defensiva que ameaça entrar em colapso, pois a experiência original de agonia não pode cair no passado.

A angústia é acionada como defesa maníaca paradoxal contra a agonia. O medo do colapso, conforme a interpretação dada por Winnicott, corresponde a se viver como houvesse a iminência de uma catástrofe prestes a acontecer a qualquer momento. No entanto, sabemos que a catástrofe já aconteceu e deixou uma espécie de “morte dentro” ou uma morte psíquica já acontecida. A situação traumática já ocorreu embora o sujeito não possua registro mnêmico da vivência, que deixou marcas indelévels em seu psiquismo que se farão sentir por toda a vida.

Figueiredo (2018, p.67) afirma 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.

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 tempo que busca se manter no papel ativo, mascara uma passividade já instalada recobrando-a com uma atividade angustiada.

Figueiredo (2018) também faz referência a um *lugar-não-lugar* no psiquismo onde se acumulariam os registros e as repetições das vivências/experiências de *morte dentro*, as quais poderíamos aproximar das vivências catastróficas do colapso, que são continuamente negadas

pelo uso das defesas maníacas: *o inconsciente invalidado*, que não deve ser confundido com o inconsciente recalcado. O que opera no inconsciente invalidado, de acordo com Stolorow e Atwood (1993) citado por Figueiredo (2018), é basicamente a cisão e a dissociação que são fortemente utilizadas para mascarar o vazio e o horror da solidão e completo desamparo advindos das vivências traumáticas.

Vivências que estão fora do tempo cronológico, e só poderão ser integradas ao psiquismo através de um relacionamento no tempo presente com um objeto externo real que seja capaz de reconstituir o ambiente primário e exerça as funções de proteção e sustentação onde o ambiente original falhou, quando o sujeito se sentir seguro o suficiente para permitir-se entrar numa 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, num colapso que ocorre, mas não é vivido, difere do conceito *après-coup* [*Nachträglichkeit*] de Freud (1918). 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,” de acordo com Laplanche e Pontalis (1973, p.111). No *après-coup*, o acontecimento *foi vivido*, mas seu significado 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 (Ogden, 2016).

Mais adiante ele traz, numa preciosa nota de rodapé, outra importante observação de Faimberg (2007; 2013) sobre a relação entre passado e presente em *Medo do colapso* (e em *Nachträglichkeit* em geral). Faimberg compreende a vivência de um evento passado pela primeira vez no presente como algo que envolve um “duplo movimento: de antecipação (agonia primitiva) e de retrospectção (dada pelas palavras do analista)” (Id. 2013, p. 208). Parece-nos que estas ideias de antecipação e retrospectção envolvidas em duplo movimento 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 esta suposta repetição, Winnicott (1954) 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 historicidade do sujeito. A vivência traumática que possibilita o *Breakdown* no presente ficou congelada para ser vivida depois, e quando, finalmente, ela se apresenta, vem ao sujeito como algo inteiramente novo e um tanto descabido, algo novo por que de fato ainda fora vivido.

2.3 Uma segunda chance: Sobre o paradoxo de buscar e o temor de encontrar

Winnicott (1963/2007) ressalta que a dependência é o fator crucial que em conjunto com as falhas do analista colocam em marcha os processos que desencadeiam o medo do colapso. Esses pacientes nem sempre se queixam de suas angústias logo de início em seus processos de análise, e para que isso aconteça será necessário tempo e que se estabeleça uma relação de confiança e consequente dependência, que favoreçam algum progresso terapêutico para que o indivíduo se permita rebaixar as defesas.

Em alguns casos, as falhas adaptativas do analista podem funcionar como instrumentos terapêuticos porque repetem as falhas ambientais que ocorreram nos estágios precoces, se não com a mesma magnitude traumática, ao menos por permitirem a evocação de algo da memória inconsciente que ficou perdida nos registros psíquicos do trauma. Possuem forte potencial terapêutico porque podem ser corrigidas – às vezes dentro de um curto espaço de tempo cronológico - criando numa espécie de sobreposição, um novo acontecimento dentro do espaço psíquico do paciente – pela reparação das falhas atuais e antigas, simultaneamente.

Winnicott (1963/2007) aponta a necessidade de adaptação do analista ao paciente, no caso de tratamento de indivíduo fortemente traumatizado. A adaptação, a disponibilidade interna e o genuíno interesse do analista para com o seu paciente criam um ambiente de confiabilidade. Esses elementos combinados, mais as possíveis e inevitáveis falhas do analista reproduzem em um *setting* confiável a falha originária, criando um ambiente favorável à regressão à dependência onde pode ocorrer o colapso, e todas essas circunstâncias combinadas levam às possibilidades de corrigir as falhas de forma terapêutica, e ao vivo. Às vezes uma nova falha ambiental também oferece ensejo a que aconteça o colapso.

Esse aspecto de valorizar as falhas adaptativas do analista, - que para Ferenczi (1928) se torna menos importante que a habilidade deste para manejá-las, e a partir de onde o analista

tem a oportunidade de reconhecer e sustentar que os sentimentos de amor, ódio, raiva e inveja podem ser expressados, e apesar disso, pode haver perdão e reparação dentro das relações humanas, - mas também e com maior importância os próprios traumatismos do indivíduo em seu processo constitutivo e de transformação me fizeram lembrar do *kintsugi* ou *kintsukuroi* que é a arte japonesa de reparar com ouro e laca objetos em cerâmica que foram quebrados. Nesta forma de arte, o que está quebrado não é jogado fora e depois de restaurado e transformado acaba adquirindo um grande valor. Normalmente se utiliza nesta técnica misturas feitas com pó de ouro ou prata, mas também com bronze, latão ou cobre.

Um vaso ou recipiente de cerâmica pode ter uma beleza única. Moldado a partir do barro, da argila, ele é maleável pelas mãos de seu criador até que seja submetido a altas temperaturas, quando então sua própria estrutura molecular se altera permanentemente para que se transforme em uma cerâmica. Como cerâmica, o material se torna cristalino, rígido, e está entre os mais duráveis que conhecemos. Dentre as criações humanas mais antigas já registradas em escavações arqueológicas estão os vasos de cerâmica que nossos ancestrais moldaram há dezenas de milhares de anos — antes mesmo de construírem suas primeiras cidades.

Mas se a cerâmica é duradoura, o mesmo não se pode dizer necessariamente do vaso, enquanto objeto. Conta-se uma história de um dos mais destemidos guerreiros japoneses, o senhor feudal *Toyotomi Hideyoshi*, que recebeu de presente um precioso vaso de seu antigo líder, *Tsutsui Junkei*. Um dia um pajem deixou o importante objeto cair por acidente, quebrando-o em cinco pedaços. Todos ficaram mortificados, temendo pelo garoto uma vez que *Hideyoshi* era conhecido por sua fúria.

Foi então que um convidado, demonstrando grande desenvoltura, improvisou no momento um poema cômico que em um jogo de palavras unia de uma só vez o nome de *Tsutsui*, a quebra do vaso e um outro famoso verso sobre a passagem do tempo.

O gracejo do poeta fez com que todos rissem, restaurando o bom-humor de *Hideyoshi*. Logo o pote quebrado foi restaurado unindo suas partes e passou a ser conhecido como *Tsutsui Zutsu*, em referência ao poema. Ele continuou sendo usado pela família de *Hideyoshi* e, séculos depois, o pote com suas quebras e remendos ainda pode ser contemplado.

Devemos acrescentar que o bom humor e a espirituosidade do poeta foram fundamentais para a restauração da harmonia naquele ambiente. Podemos pensar na figura da mãe na relação com o seu bebê ou do analista com os seus pacientes quando em momentos de intensa desorganização psíquica necessitam de uma palavra, um gesto organizador, restaurador da

homeostase psíquica. Muitas vezes, essas palavras, na forma de uma interpretação, uma simples pontuação, um incentivo, podem funcionar como o ouro e a laca que restauram e colam as partes quebradas de um vaso de cerâmica, de um psiquismo adoecido, ressignificando um afeto, produzindo a abertura de um novo campo de sentidos sobre as experiências vividas pelo paciente e trazidas para a análise, favorecendo um trabalho de ligação e perlaboração.

Lembramos que a verdadeira restauração, no caso dos pacientes em análise, só pode vir de dentro e o analista pode apenas ser o facilitador do processo de cicatrização desde dentro, que provém do *self* do indivíduo.

Ainda há pouco narrávamos de maneira ilustrativa a história da queda e fragmentação de um objeto precioso em vários pedaços. Lembramos que a escolha de Winnicott pela palavra *colapso* se dá porque ela remete diretamente ao fracasso de uma organização de defesa. O colapso é:

Um colapso do estabelecimento do *self* unitário. O ego organiza defesas contra o colapso da organização do ego e é esta organização a que está sendo ameaçada. Mas o ego não pode se organizar contra o fracasso ambiental, na medida em que a dependência é um fato da vida (WINNICOTT 1963/2007, p.71).

Aquela situação que a princípio poderia desencadear uma verdadeira catástrofe mostrou-se como uma oportunidade de ressignificação e transformação. O vaso quebrado do conto oriental nos lembra a ideia do *breakdown* – em que ao quebrar e cair, toda uma organização defensiva, toda uma estrutura se desmorona. No conto do vaso foram necessárias a presença e a intervenção de um outro para favorecer o processo de reconstrução daquele objeto que parecia perdido e invalidado. Guardadas as devidas diferenças e proporções, o ego à beira do colapso também necessita da presença e implicação de bons objetos externos, além de um ambiente facilitador para se permitir cair e quebrar, ou talvez seja melhor dizer, deixar ruir as estruturas que o mantiveram em funcionamento bem adaptado até aquele momento. Em outras palavras, quebrar e cair dentro do ambiente favorável da análise pode ser a oportunidade de transformar e restaurar aspectos adoecidos do psiquismo, ou até mesmo reencontrar, partes perdidas do *self*.

Ogden (2016) nos lembra que Winnicott (1974) propõe uma lista de agonias primitivas – uma forma de dor, para a qual, a ansiedade não é uma palavra suficientemente 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 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 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 (1971, p.261) deixa claro no texto *Base 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 a 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 nestas condições de não integração vividas pelo bebê, se ele não se encontra contido dentro do vínculo mãe-bebê, fatalmente irá recorrer a defesa psicótica de não integração, o que significa o aniquilamento de si. Ogden (2016) por seu turno, completa que os estados sentidos 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 suas defesas, listadas por Winnicott dizendo que “quando desconectada da mãe, a criança, em vez de experimentar a agonia, ela evita a experiência e a substitui por uma organização defensiva psicótica (como a desintegração)” (idem, p.82).

Seguimos com Ogden (2016, p.82):

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.

Lembremos da fala da paciente Ayla, quando durante uma sessão afirma sentir que está caindo num abismo sem fundo. Lembremos também 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, e da outra paciente, Francisca, para dar conta, ao menos provisoriamente, de todos os traumas sofridos por elas.

Ogden nos diz 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 se 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 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.

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 do vínculo mãe-bebê (OGDEN, 2016, p.84).

Lembramos que a interrelação constante entre as pulsões e as experiências de satisfação, proteção e conforto vindas do ambiente e no contato com os objetos externos, vão formar 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 Ayla 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 fazem 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.

Cartocci (1998) nos fala de *construções em falso*, algo que julgo pertinente tomar de empréstimo para falar de minhas pacientes. Aparentemente, toda a sintomatologia trazida por elas, nos impele rapidamente a categorizá-las como histéricas, neuróticas. 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, a realidade externa e interna. Construções que se deram a partir de vivências de extremo desamparo.

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

2.4 Styron, Ayla e Francisca: Sobre a ameaça de quebrar, desmoronar e reconstruir

Outra vez lembramos que Winnicott faz estrita ligação entre a questão da dependência e da confiança para que o paciente se sinta seguro o suficiente para abrir mão da organização defensiva, a *construção em falso* que o sustentou ao longo de uma vida. Muitas vezes uma vida inteira, se lembrarmos da história do escritor William Styron conforme contada por ele mesmo em um livro, publicado em 1991 sob o título de *Perto das Trevas (Darkness Visible, 1991)*. Tal organização defensiva teve que ser muito bem-sucedida, originalmente estruturada para proteger o indivíduo das angústias impensáveis, ou segundo as palavras do próprio Winnicott em *Concept of Clinical Regression Compared of Defence Organization (1967)*, uma organização voltada para a invulnerabilidade.

O escritor norte-americano William Styron, autor do famoso romance *A escolha de Sofia*,⁹ faz um tocante relato autobiográfico sobre o longo período de sofrimento a que foi acometido por volta dos seus 60 anos. Styron inicia seu depoimento de maneira vigorosa, e com fina sensibilidade consegue descrever as nuances e minúcias psíquicas do sofrimento e da dor daqueles que padecem de depressão. Sua história é também uma mensagem de esperança, pois como veremos mais adiante, ele supera a tormentosa travessia psíquica sem sucumbir ao persistente desejo de recorrer ao suicídio.

Escritor de sucesso, Styron sente-se perseguido por um estranho sentimento de angústia, o qual atribui ao seu afastamento do álcool, de que fizera uso por muito tempo. Durante uma viagem a Paris para receber um importante prêmio literário sua angústia torna-se esmagadoramente insuportável e ao retornar a sua cidade ele rapidamente recorre a um psiquiatra. Aos poucos vai se dando conta de que aquela perturbação mental já estava presente em sua vida há algum tempo, embora ele nunca houvesse lhe dado a devida importância.

A medida em que seu desconforto cresce, ele percebe que já não consegue extrair prazer de nenhuma atividade. Sua casa, sua viagem de férias, os lugares bonitos aonde ele vai, e até mesmo a companhia dos amigos, nada é capaz de tirá-lo do estado de letargia que gradativamente vai se infiltrando em seu corpo e sua mente.

Um sinal de alarme dispara quando o seu corpo também começa a dar sinais de descompasso. O escritor é dominado pelo pânico e pelo sentimento hipocondríaco. Após exames detalhados as causas físicas são descartadas e há um breve sentimento de alívio, mas ele logo retorna ao repetitivo circuito de ansiedade, agitação e medo, que aos poucos vão delineando a certeza de que ele está chegando muito perto de perder a sua sanidade mental. Ele tem a clara impressão de que está prestes a enlouquecer e até mesmo a sua capacidade criativa de escritor cessa completamente. Para nós, claramente, ele está sendo assombrado pelo medo do colapso que se avizinha.

Considero pertinente uma breve ressalva de que, em nossos consultórios, se apresentem histórias similares a de Styron, no sentido de que antes de se dar conta de seu próprio adoecimento psíquico, o paciente nos chegue com manifestações somáticas, e que esse quadro hipocondríaco conduza a exames clínicos para que se possa descartar a causa física dos seus tormentos. Uma doença mental muitas vezes começa insidiosa ou abruptamente, como uma doença física, por corresponder, provavelmente, a uma quebra na coesão da psique soma,

⁹ William Styron (1979). *A escolha de Sofia*. São Paulo: Geração Editorial, 2012.

revelando uma precária aquisição do processo de personalização em período precoce do desenvolvimento do ego.

Styron nos relata que mesmo medicado com antidepressivos e tranquilizantes, e sob a supervisão de um psiquiatra, frente ao desespero incessante começa a considerar o suicídio como solução para o seu sofrimento. Talvez a descrição mais contundente na tentativa de mensurar para nós a magnitude de sua dor seja quando ele afirma experimentar uma *convulsão interna*, algo semelhante ao sentimento de *desespero sobre desespero*, e completa: “A dor não pode ser imaginada por quem não a experimentou e ela mata, muitas vezes porque a angústia se torna insuportável” (Styron, 1991, p38).

Seu sentimento de desesperança e aniquilamento do eu leva-o cada dia para mais perto da concretização de suas ideias suicidas. Ele relata uma forte desilusão na relação com a pessoa de seu psiquiatra, que também funcionava para ele como um psicoterapeuta e é descrito como um profissional destituído de empatia, tato e principalmente, espontaneidade. Esse médico tratava-o com frieza e distanciamento, e quando era necessário elaborar alguma intervenção para com o paciente parecia fazer uso de frases feitas, retiradas de manuais de diagnóstico psiquiátrico.

O golpe fatal acontece quando ao trocar o antidepressivo a ser utilizado por Styron, ele menciona que um dos efeitos colaterais podia ser a impotência sexual. A insensibilidade do psiquiatra mergulha o escritor num abismo de solidão, decepção e desesperança, fazendo-o questionar se àquela altura dos acontecimentos e no estado psíquico e físico em que se encontrava, o médico acreditava que ele ainda pensasse ou sentisse necessidades sexuais. O escritor é tomado por um forte sentimento de não ser compreendido profundamente e não ser visto em seu estado real. É nessa mesma noite que ele decide se matar.

No entanto, quando está prestes a colocar em ação seu plano suicida, uma surpresa: ao escutar o som de uma voz feminina executando uma canção, a Rapsódia para contralto de Brahms, durante a exibição de um filme na televisão, ele se detém. Ele não pode ver o rosto da cantora nem dos músicos, só é possível escutar o som, mas é justamente aquela voz que lhe desperta do profundo abatimento melancólico, e lhe faz, por alguma razão inexplicada, evocar todas as memórias felizes que permearam a sua vida naquela casa, ao lado de sua esposa, familiares, amigos e animais de estimação. Naquele momento ele compreendeu o valor de tudo que deixaria para trás e toda a dor que causaria aos seus entes queridos caso tirasse a sua própria vida. Supera uma espécie de dissociação e tem acesso a uma outra área de si mesmo, onde há

vida; recupera um tanto de sua continuidade de si e tem acesso as suas memórias de experiências boas com objetos subjetivos e externos.

Tomado por esse impulso de vitalidade, acordou a esposa para juntos tomarem diversas decisões. Na manhã seguinte ele foi internado em um hospital psiquiátrico.

Winnicott (1962) defende firmemente a importância de um ambiente favorável na forma de uma mãe suficientemente boa na formação e desenvolvimento do psiquismo saudável. De maneira equivalente ele nos orienta sobre o manejo clínico no setting analítico com pacientes muito traumatizados, como os psicóticos e os borderlines. No caso de Styron o ambiente organizado do hospital com sua ordem, rotinas e isolamento foi sumamente importante para promover a sua recuperação. Ele sentia a necessidade de repousar, de se isolar a tal ponto que não precisasse mais ser solicitado pelas demandas do mundo externo e do cotidiano.

Pensamos que sua temporada de internação faz lembrar o estágio de um recém-nascido que em sua *dependência absoluta* precisa de cuidados muito específicos, além de um ambiente extremamente calmo, seguro e organizado. Esse efeito pacificador do ambiente teria, também para Winnicott, importante efeito curativo nas psicoses, qualidade que ele estende ao setting psicanalítico, o lugar que, por reproduzir antigas técnicas de maternagem, convida à regressão pela confiança que inspira; para Winnicott, ainda, a regressão é nada mais do que um retorno organizado à dependência inicial, em que paciente e setting, no processo psicanalítico, podem se fundir na situação de sucesso do narcisismo primário.

Acredito que a confiança se instaura na relação terapêutica a medida em que o paciente percebe um genuíno interesse do analista sobre ele e suas questões. Para além disso, no caso de pacientes muito adoecidos como os psicóticos que demandam maiores cuidados, a disponibilidade interna do analista, a semelhança de uma disponibilidade materna, que é sentida e percebida na transferência pelo analisando, é crucial para o sucesso do trabalho analítico. É preciso que o paciente perceba a capacidade do analista compreendê-lo de modo profundo e verdadeiro. Só a disponibilidade afetiva não basta. O analista expressa essa compreensão por meio de interpretações adaptadas ao caso e manejos específicos para cada caso e paciente.

Retornando a história de Styron, é só muito depois ficamos sabendo que a música que o comovera era uma canção cantada por sua mãe que morreu quando ele era ainda uma criança pequena. É muito interessante perceber a capacidade de elaboração do escritor quando ele relata sua própria percepção de seu estado de regressão, quando descreve seu pânico de ser abandonado, o que faz com que reconheça em seu funcionamento psíquico nesse período, os

matizes emocionais de um menino de quatro anos. Sua própria esposa torna-se a personificação da mãe protetora, a quem ele não poderia perder de vista nem por um instante. Ele entra em tal estado de dependência que seu comportamento vai apresentando aos poucos as manifestações somáticas e psíquicas que poderíamos associar a vivência do seu primeiro *breakdown*.

Winnicott afirma que há um movimento no sentido de reviver a experiência original traumática, mesmo que essa loucura não tenha registo mnêmico e pertença a um período de desenvolvimento muito arcaico. Ele enfatiza que essa loucura é parte de um estágio em que não havia uma instância egóica suficientemente desenvolvida para abarcar e processar a vivência transformando-a em memória, lembrança consciente; esse processo exige a aquisição de capacidades que esse ego ainda muito incipiente não foi capaz de alcançar, entre elas, capacidades intelectuais. Ou seja, o trauma, a catástrofe interna a qual Winnicott nomeia de loucura precisa ser revivida para só depois poder ser lembrada, passando a fazer parte do arquivo mnêmico do sujeito (WINNICOTT, 1989[1965]).

Essa revivescência não é pura repetição. Ela será experimentada pela primeira vez, entrando na área da onipotência da pessoa, possibilitando a manifestação do gesto espontâneo. Ela entra inicialmente no mundo subjetivo e depois, pode ser elaborada em outros registros; entra no tempo, pelo presente. Ela não estava no passado, pois não aconteceu para a pessoa. Antes a pessoa foi interrompida pelo padrão traumático e precisou *deixar de ser para reagir*, abrindo espaço para o estabelecimento de um funcionamento psíquico ancorado nas organizações defensivas, em muitos casos, *falso self*. Agora ela pode atravessar os acontecimentos, fortemente sustentada pelo ambiente atual.

Assim, o acontecimento passado, ocorrido, mas não vivenciado, continua a atormentar o paciente até ser vivido no presente (com a mãe/analista). [...]. Parece-me que uma das principais, se não a principal motivação para um indivíduo que não tenha vivenciado partes importantes do que aconteceu no início da sua vida, é a necessidade urgente de reivindicar partes perdidas de si mesmo, para finalmente se completar, englobando, tanto quanto for capaz, grande parte da sua vida não vivida (não vivenciada). Entendo isso como necessidade universal – a necessidade por parte de qualquer pessoa de recuperar ou de exigir pela primeira vez, o que perdeu de si mesma e que, ao fazê-lo aproveite a oportunidade de se tornar a pessoa que ele ainda mantém o potencial de ser. Isso se faz apesar do fato de que a tentativa de realizar esse potencial para tornar-se mais plenamente si-mesma envolve viver a dor (do colapso e a agonia primitiva que resulta do colapso), que foi excessiva de suportar no primeiro ano de vida e na infância e que levou a perda de aspectos importantes do *self* (OGDEN, 2016, p. 85).

Podemos concluir a importância de que o paciente esteja dentro de um processo analítico, em um vínculo de confiança suficientemente bem estabelecido com o seu analista para que o seu ego permita-se rebaixar a organização defensiva erigida de forma tão eficaz há tanto tempo, como foi no caso de William Styron. É comum na análise de pacientes muito traumatizados serem necessários anos de processo analítico para que se configurem as condições necessárias ao ego ser capaz de tolerar as ansiedades decorrentes da crise que se estabelece pelo descongelamento do trauma. Nesse momento as habilidades do analista entram em cena exercendo as funções - função especular, continência, *holding*, *handling* e apresentação do objeto - que os objetos primários falharam em oferecer ao paciente em seu período mais precoce. Ao refazer o percurso das vivências traumáticas junto ao paciente o analista *será* o ambiente exercendo funções primárias e fundamentais, de escudo protetor e ego auxiliar.

É possível que ao perder a mãe tão cedo, Styron tenha sofrido uma profunda comoção psíquica, intensa demais para ser contida, organizada e processada pelo seu ego infantil e imaturo. Além disso, devemos resgatar aqui as ideias de Ferenczi sobre a solidão traumática quando ele a descreve como um sentimento de absoluta solidão, sem a menor esperança de ser compreendido ou ajudado. Um sentimento verdadeiramente insuportável. E mais a frente ele completa, na tentativa de ser mais exato quanto ao significado de *insuportável*: “Sem dúvida, não é outra coisa senão continuar a viver, deformando a realidade dessa existência interior (psíquica) ou exterior” (FERENCZI, 1932, p.239).

Continuar a viver deformando a realidade interna e externa. Isso parece-me bastante significativo para pensarmos não somente o que se passou com Styron, mas também para tentar encontrar alguma explicação para a sobrevivência física e psíquica de Ayla e Francisca, as pacientes fortemente traumatizadas apresentadas nesta pesquisa. Acaso, não terá sido esse um dos poderosos mecanismos de defesa utilizados por seus psiquismos para sobreviver a toda a violência do impacto traumático?

Styron, Ayla e Francisca, cada um à sua maneira e com suas próprias palavras me contam histórias de indivíduos que sofreram grandes falhas ambientais ou tiveram experiências fortemente traumáticas, que em sua ação original, por conta de sua pouca idade e organização egóica insuficiente lançou-os para dentro de um calabouço psíquico de onde só puderam escapar muitos anos depois. O medo da loucura, da solidão e da morte sempre foi a sombra recorrente em suas vidas, manifestando-se em cada caso com sintomatologia e desdobramentos singulares. Para nós, no entanto, é certo que assim como Styron, as pacientes apresentadas nesta pesquisa comunicavam à sua maneira o seu flerte com o suicídio. Não acredito que houvesse

nelas impulso suficiente para colocar em prática alguma ação, mas acreditamos que os frequentes acidentes sofridos por Ayla, sua necessidade de recolhimento absoluto após alguns dias de trabalho (como se precisasse retornar ao útero ou a algum lugar extremamente calmo e seguro) para recompor suas forças e equilíbrio físico e emocional, o frequente desejo de Francisca de não sair da cama para nada, de querer fugir, ou quando desejou tomar todos os remédios da patroa para dormir para sempre, nos dão indícios de que essas pacientes consideraram a hipótese do suicídio em algum momento de suas vidas.

Para esses três indivíduos, figuras de apoio e sustentação, disponíveis e capazes de empatizar, compreender, confortar, foram fundamentais para a travessia de seus processos de crise e desespero. Temos ciência do quanto a presença de um outro implicado e empático com o sofrimento do seu semelhante faz a diferença e pode evitar situações extremas como o suicídio.

A seguir veremos de que maneira a tradição específica das teorias e técnicas psicanalíticas desenvolvidas a partir da perspectiva de uma clínica do sensível ou psicanálise adaptada a pacientes traumatizados como pensaram Ferenczi, Winnicott e Balint nos ajudam a encontrar ferramentas para a terapêutica desses indivíduos que nos chegam em profundo sofrimento psíquico.

CAPÍTULO 3 – SOBRE AS INTERSECÇÕES DAS FUNÇÕES ANTITRAUMÁTICAS: ANALOGIAS ENTRE A MÃE SUFICIENTEMENTE BOA E O ANALISTA IMPLICADO

As figuras da mãe suficientemente boa e do analista capaz de funcionar como um objeto externo antitraumático sustentando a regressão à dependência do paciente em análise parecem caminhar de mãos dadas quando consideramos as possibilidades terapêuticas no tratamento de indivíduos fortemente traumatizados.

Compreendemos as diferenças entre essas duas distintas realidades: a da mãe na relação com o seu bebê, durante os processos de constituição psíquica, e do analista com o paciente em análise. No entanto, é possível traçar analogias ao considerarmos a trajetória de indivíduos traumatizados em seu processo constitutivo e quando estes têm a oportunidade de experienciar a regressão à dependência conforme postulada por Ferenczi e Winnicott na relação terapêutica.

Neste capítulo buscaremos alinhar estas duas funções, a da mãe - enquanto objeto externo que pode ser tanto facilitador de desenvolvimento psíquico quanto promotor de patologias para o ego em formação, - e do analista enquanto objeto externo antitraumático no processo analítico na medida em que a tradição da ética do cuidado inaugurada por Ferenczi e levada adiante por Winnicott amplia as possibilidades terapêuticas para o tipo de sofrimento psíquico abordado nesta pesquisa.

Pensamos ser indispensável falar sobre os processos de constituição do Eu, já que esses são fundamentais para munir o indivíduo de elementos subjetivos capazes de superar traumatismos e entrar no processo temporal, histórico e simbólico, além do que, e talvez o mais imprescindível, o desenvolvimento dessa instância psíquica nos possibilita a entrada num funcionamento regido pelo princípio de realidade.

Também levamos em consideração os diferentes ou múltiplos tempos e estágios em que podem ocorrer os traumatismos. Esse percurso teórico nos permitirá uma melhor compreensão das funções antitraumáticas atribuídas à mãe e ao analista.

3.1 O olhar de Ferenczi sobre o princípio da constituição psíquica

O desenvolvimento do sentido de realidade e seus estágios (1913) é o primeiro texto de Sándor Ferenczi em que ele trata diretamente sobre o tema da constituição egoica. Seguindo o pensamento de Freud ele acredita que à medida que a criança experimenta frustrações, no sentido de ausência persistente da satisfação esperada, é que o psiquismo em formação deixará de lançar mão do recurso alucinatório com fins de satisfação, para pouco a pouco, formar representações do mundo externo real. As vivências de prazer e desprazer são então integradas à experiência psíquica e vai se impondo no funcionamento psíquico o princípio de realidade. É justamente no que diz respeito aos processos de aquisição desse sentido de realidade que Ferenczi desenvolve o seu artigo, numa explicação detalhada de como a criança se apropria dessa capacidade psíquica, a de distinguir o que é interno do externo, o que é eu do não-eu, a fantasia da realidade; tenta também compreender se essa mudança se dá a um só tempo ou de forma processual, em várias etapas.

No entanto, é a partir de um ponto assinalado por Freud (1909) em um de seus artigos, em que este trata dos aspectos profundos do funcionamento psíquico dos neuróticos obsessivos, que Ferenczi se apoia para desenvolver o seu pensamento. Ferenczi seguindo o pensamento de Freud afirma que em suas análises esses indivíduos reconhecem a impossibilidade de se desfazerem de sua “crença na onipotência de seus pensamentos, de seus sentimentos, de seus bons e maus desejos” (1913, p.46). Então, ele questiona as origens desse pensamento mágico que tem origem na vida de fantasia infantil e compreende que o processo de substituição do pensamento mágico e da megalomania infantil se dá através do reconhecimento dos objetos e eventos do mundo real. É isto que constitui o principal eixo para o desenvolvimento do sujeito.

Contudo, já desde esse texto Ferenczi mergulha nas origens da constituição psíquica como algo que somente é possível quando inteiramente apoiado e favorecido pelo ambiente desde a vida intrauterina. O feto está completamente dependente do suporte biológico e emocional do corpo materno. Vejamos o que ele nos diz a respeito desse período da vida em que o indivíduo humano se encontra num *tempo narcísico infinito*, expressão que utilizamos em outro texto para falar de um funcionamento psíquico apoiado no desejo de absoluta plenitude. O que de certa forma, só é possível, - se é que isso é possível de fato, - nesse período da existência humana.

Portanto, se o ser humano tem uma vida psíquica, mesmo inconsciente, no corpo materno – e seria absurdo acreditar que o psiquismo só começa a funcionar no momento do nascimento –, ele deve ter, pela própria circunstância de existir, a impressão de que é realmente *onipotente*. Pois o que é onipotência? É a impressão de ter tudo o que se quer e de não ter mais nada a desejar. É o que o feto poderia pretender no que lhe diz respeito, já que possui constantemente tudo que lhe é necessário para a satisfação de suas pulsões, portanto, nada tem a desejar, é desprovido de necessidades (FERENCZI, 1913, p.48).

Já na passagem da vida intrauterina para o mundo externo, a criança, ao manifestar seu desprazer frente ao mundo de estímulos de todas as espécies com que é invadida fora do corpo materno, é instintivamente acalmada por aqueles que a recebem com adaptações (cobertores, proteção contra luz, proximidade do corpo da mãe) na tentativa de minimizar o seu desconforto.

O sentimento de onipotência na criança, para Ferenczi, portanto, não é mera ilusão quando está devidamente sustentado pela função materna que possibilita no bebê a crença de que é realmente onipotente. É como se o recém-nascido, e posteriormente a criança trouxesse consigo a memória desse período de intensa estabilidade dentro do corpo materno, quando não precisava desejar ou se afligir por nada, pois tudo estava disponível para ela e em perfeita sincronia ao seu próprio funcionamento corporal e psíquico. A megalomania da criança para Ferenczi seria então um resquício da memória corporal dessa vivência, uma espécie de nostalgia de um período ao qual o indivíduo deseja retornar.

Devemos ressaltar que estabilidade e constância do ambiente em seus cuidados para com o bebê, assim como a sustentação desse sentimento de onipotência, mesmo que ilusórios são fundamentais para que o ego em formação se desenvolva num registro de continuidade, sem intrusões ou excessos que possam impactar de forma prejudicial o amadurecimento psíquico. Esses conceitos de constância nos cuidados dispensados ao bebê, tanto quanto a sua capacidade de sustentar a onipotência, permitindo a continuidade do ser e o estabelecimento de um ego unitário e preservando o self, serão retomados mais adiante, na seção do texto destinada as ideias de Winnicott.

Ferenczi supõe que o estágio intrauterino, conforme mencionamos anteriormente, é compatível com a onipotência, isto é, com a impressão de ter tudo o que se quer e não ter mais nada a desejar. Ainda que não haja um registro claro desta situação, desses nove meses fica um registro em algum nível, possivelmente memórias corporais. O que foi vivido na vida intrauterina Ferenczi nomeia de *período de onipotência incondicional*.

Mais tarde, em vários momentos, a criança vai sustentar com obstinação que seus desejos devam cumprir-se; ela parece acreditar que eles têm que ser atendidos imediatamente e de forma plena, como se fosse um direito adquirido. Ferenczi supõe que a teimosia infantil se enraíza neste universo obscuro de memórias de um estado conhecido, embora nunca tenha sido pensado.

Depois do nascimento a criança busca reencontrar a primeira situação vivida e alucina o estado de satisfação perdido, o que do ponto de vista subjetivo leva à impressão de que a onipotência incondicional se manteve inabalada; ela é agora desfrutada e mantida através do seu desejo alucinatório. Vale lembrar que para que a criança se mantenha nesse funcionamento da ilusão de onipotência é necessário que esta seja devidamente sustentada pelos cuidados dispensados pelo ambiente primário.

Não tendo, por certo, nenhuma noção do encadeamento real de causas e efeitos, nem da existência e atividade das pessoas que cuidam dela, a criança é levada a sentir-se na posse de uma força mágica, que é capaz de concretizar todos os seus desejos mediante a simples representação de sua satisfação (FERENCZI, 1913 p.50).

A esse estágio do desenvolvimento do sentido de realidade Ferenczi denominou *período de onipotência alucinatória mágica*.

Ferenczi considera que o dormir é uma forma de regredir ao estágio da onipotência alucinatória mágica, e através desta ao período de onipotência incondicional da situação intrauterina. Para Freud (1911) todos que vivem sob a égide do *Princípio de Prazer* têm que encontrar mecanismos de escapar às exigências da realidade. O sonhar e o dormir teriam esta função e podem ser vistos como resíduos da onipotência alucinatória. Ferenczi afirma que o equivalente patológico disto seria a realização alucinatória dos desejos nas psicoses.

Essas ideias de Freud e Ferenczi me levaram diretamente aos relatos das minhas pacientes, quando elas manifestavam seu desejo e sua necessidade de encontrar um tempo e um espaço para se recolher e recompor sua energia psíquica. Ayla mencionou várias vezes a sua rotina após uma semana de intenso trabalho. Ela sentia, além do cansaço físico, uma enorme necessidade de permanecer quieta e recolhida no ambiente acolhedor do seu quarto, e somente depois de dias entregue a quietude e calor do seu espaço mais íntimo recobrava as forças para continuar a sua rotina. Francisca não poucas vezes, sobretudo nos períodos mais críticos mencionava o seu desejo de permanecer na cama e dormir indefinidamente, dormir e nunca mais acordar; permanecer quieta sem ser incomodada no silêncio e acolhimento dos seus

cobertores. Todas essas imagens trazidas pelas pacientes me remetem a ideia do bebê no útero da mãe, protegido e onipotente. Talvez o desejo inconsciente dessas pacientes, em seus momentos de crise, fosse regredir até um ponto em que não precisassem mais desejar.

Retornando a Ferenczi, ele afirma que desde o estágio alucinatório já tinham aparecido também as descargas motoras de gritos, choros e agitação, quando surgia o desprazer. A criança começa a usar estas descargas como sinais mágicos aos quais deve seguir-se o alívio esperado, pois foi isto que aconteceu no passado. Ou seja, muitas vezes quando chora, ela é atendida, então o choro passa a ser usado como um sinal e um chamado que em geral convoca o atendimento dos adultos.

Os desejos infantis começam a expressar-se através de gestos, como a imitação com a boca do movimento de sucção, a mão que se estende para apanhar os objetos e indica o que está cobiçando, e quando ela o obtém, a sua onipotência é reforçada, então ela continua acreditando ser capaz de conseguir tudo o que deseja. Este é o *período da onipotência com a ajuda de gestos mágicos*.

Aos poucos a criança vai encontrando uma série de obstáculos à realização de seus desejos e aí começa a objetivação do mundo externo e a noção de uma separação entre eu e não eu. Em um primeiro momento a criança tenta reencontrar em cada coisa o seu próprio corpo, ela atribui ao mundo funcionamentos iguais aos seus, dando início ao *período animista* em que todas as coisas se apresentam a ela como animadas com os mesmos movimentos que percebe em si.

Assim se estabelecem essas relações profundas, persistentes a vida inteira, entre o corpo humano e o mundo dos objetos, a que chamamos ***relações simbólicas***. Nesse estágio, a criança só vê no mundo reproduções de sua corporeidade, e por outro lado, aprende a figurar por meio de seu corpo toda a diversidade do mundo externo (FERENCZI, 1913, p. 54).

Neste momento, se o ambiente é suficientemente afável, a criança não precisa abandonar a ilusão de sua onipotência, ela vai percebendo que existem potências superiores *divinas* como a mãe ou a babá que precisam ficar do seu lado para que a satisfação dos desejos seja garantida.

Aos poucos o simbolismo gestual é substituído pela linguagem, que permite expressar os desejos de maneira mais econômica. O simbolismo verbal torna possível o pensamento consciente, que permite a adaptação à realidade, retardando a descarga motora reflexa e a libertação de desprazer.

Ainda nesta fase é possível conservar o sentimento de onipotência. Isto porque os adultos têm certa facilidade de adivinhar os pensamentos que ainda não foram expressos em palavras, nomeando-os e atendendo-os e quando as crianças os expressam por palavras, seus pais suficientemente dedicados se apressam a realizá-los. Este é o *período dos pensamentos e palavras mágicas*.

Na superstição, na magia e no culto religioso, a fé no poder irresistível de certas preces e orações, pragas, maldições e fórmulas mágicas - sendo suficiente pensá-las intimamente ou pronunciá-las em voz alta para que surtam efeito - desempenha um papel considerável (FERENCZI, 1913, p. 56).

Quanto mais fixação houver na onipotência infantil, tanto maior será o sentimento de inferioridade, pois, à medida que cresce, a criança é colocada em contato com as exigências e limites da realidade. A ambição que sentem é uma tentativa de recuperar a onipotência de que desfrutavam no início.

Nos contos de fadas, a onipotência continua intacta.

Aí mesmo onde devemos inclinar-nos com profunda humildade diante das forças da natureza, é onde o conto acode em nosso socorro com seus temas típicos. Na realidade somos fracos, vulneráveis e os heróis dos contos serão, portanto, fortes e invencíveis; somos limitados pelo tempo e pelo espaço em nossa atividade e em nosso saber: nos contos vive-se eternamente, está-se em mil lugares ao mesmo tempo, prevê-se o futuro e conhece-se o passado. O peso, a dureza e a impenetrabilidade da matéria constituem a todo instante obstáculos em nosso caminho, mas o homem com seus contos, dispõe de asas, seu olhar trespassa paredes, sua varinha de condão abre todas as portas. A realidade é um duro combate pela existência: basta no conto pronunciar alguma palavra mágica 'Abre-te Sésamo'. Vivemos no perpétuo temor de ser atacados por animais perigosos ou inimigos ferozes: o manto mágico do conto permite todas as transformações e coloca-nos rapidamente fora do alcance. Como é difícil na realidade alcançar um amor que preencha todos os nossos desejos! Mas o herói do conto é irresistível ou então seduz com um gesto mágico. Assim, o conto, no qual os adultos descrevem de bom grado para seus filhos pequenos seus próprios desejos insatisfeitos e recalçados, oferece, na verdade, uma representação artística extrema da situação perdida de onipotência (FERENCZI, 1913, p. 61).

Mas não é nosso intuito nos determos demasiadamente em detalhes sobre as fases de desenvolvimento do sentido de realidade postuladas por Ferenczi, nossa revisão teórica se faz no desejo de trazer subsídios para apoiarmos o nosso pensamento e desenvolver nossa pesquisa, e no que tange a importância do ambiente e dos objetos externos na constituição e desenvolvimento emocional dos indivíduos, assim como a influência desses mesmos objetos externos como elementos traumatogênicos e promotores de patologias.

O que queremos ressaltar é que Ferenczi em consonância ao que Winnicott (1962) postulou décadas depois, compreende a salutar necessidade de que o bebê experimente durante um período de seu desenvolvimento a ilusão da onipotência e somente aos poucos vá entrando num regime do princípio de realidade, fazendo as distinções necessárias entre aquilo que é posse do eu e não eu.

Além disso, na medida em que o ego se desenvolve e conseqüentemente o sentido da realidade, a criança aprende a suportar frustrações, entra na temporalidade, aprende a fazer substituições, o que implica o desenvolvimento da capacidade de formar símbolos à medida que se apropria da linguagem, o que lhe permite formar pensamentos antes de agir, e sobretudo, aprende que a realização de seus desejos dependerá de múltiplos fatores, entre eles, e em muitos casos, a modificação do mundo externo.

O desenvolvimento do sentido de realidade apresenta-se em geral como uma série de sucessivos impulsos de recalçamento, aos quais o ser humano é forçado pela necessidade, pela frustração que exige adaptação, e não por ‘tendências para a evolução’ espontâneas. O primeiro grande recalçamento torna-se necessário pelo processo de nascimento que, com toda a certeza, faz-se sem colaboração ativa, sem “intenção” por parte da criança. O feto preferiria muito permanecer ainda na quietude do corpo materno, mas é implacavelmente posto no mundo; deve esquecer (recalcar) seus modos de satisfação preferidos e adaptar-se a outros. O mesmo jogo cruel repete-se a cada novo estágio do desenvolvimento (FERENCZI, 1913 p.59).

Ferenczi está defendendo a ideia de que, para prosseguir a bom termo em seu processo de desenvolvimento psíquico o bebê terá de abrir mão de formas de satisfação imediatas para cada vez mais submeter-se aos códigos e regras da vida em sociedade, o que implica, inelutavelmente, adaptar-se à realidade compartilhada.

Em 1924 em seu célebre texto, *Thalassa* ele enfatiza a suma importância de que durante os primórdios do desenvolvimento global do indivíduo, as pessoas que cuidam da criança devem mantê-la ainda em um estado de ilusão, como se ainda estivesse desfrutando da segurança, do calor e estabilidade vivenciadas no útero materno. Nesse período inicial a criança encontra-se num estado de completa dependência do seu ambiente, isso indica que ela não possui qualquer controle sobre suas funções motoras, e de controle. O seu psiquismo é um feixe disperso de projeções e introjeções e ela dispõe de mecanismos rudimentares para comunicar ao ambiente as suas necessidades; além disso, o seu único e mais primitivo impulso é mamar.

Ainda assim, mesmo sendo o seio materno o primeiro objeto de amor do bebê, este objeto é apresentado, ou melhor, imposto pela mãe. Deste modo, grande parte da relação do

bebê com o ambiente é de forma passiva. Só depois, com o evento do desmame, quando o desenvolvimento de várias funções biológicas e psicológicas coincidem no sentido de prover um movimento na direção de uma constituição separada e unitária, o bebê experimenta a mudança de uma forma passiva de amar para uma forma ativa. Lembremos que nesse período, por volta dos seis meses, começa o surgimento dos primeiros dentes e junto com eles manifesta-se de forma mais contundente a voracidade e a agressividade.

Em 1928, no texto *A adaptação da família à criança* ele afirma o seguinte:

O desmame sempre foi e continua sendo uma preocupação importante da medicina. É a passagem de um modo primitivo de nutrição a uma mastigação ativa; representa não só uma mudança de ordem fisiológica, mas também é uma importante mudança psicológica. Um desmame malfeito pode influenciar desfavoravelmente a relação da criança com os objetos, e sua maneira de obter prazer deles, o que pode, assim, tornar muito sombria grande parte da sua vida (Ibid., p.5).

E vai ainda mais longe quando afirma o estado de vulnerabilidade e dependência inerentes à criança, frente ao ambiente.

Num dos estágios precoces do desenvolvimento embrionário, uma simples picada de alfinete, um leve ferimento, pode impedir a formação de toda uma parte do corpo. Outro exemplo: num quarto em que existe uma única vela, a mão colocada perto da fonte luminosa pode obscurecer a metade do quarto. O mesmo ocorre com a criança se, no começo da vida, lhe for infringido um dano, ainda que mínimo: isso pode projetar uma sombra sobre toda a sua vida (Ibid., p.5).

Ressaltamos que Ferenczi foi o primeiro psicanalista a perceber o decisivo papel da mãe como um agente promotor de saúde mental, ou de patologia no psiquismo do bebê. Afastando-se do pensamento de Freud de que não seria possível tratar com psicanálise crianças muito pequenas, Ferenczi foi o primeiro também a correlacionar a importância do ambiente primário para o desenvolvimento saudável da criança ao contexto relacional entre analista e analisando.

Mais tarde em 1933 em seu *Diário Clínico* ele fez importantes considerações que ligam a importância dos cuidados maternos no desenvolvimento emocional do indivíduo e o papel do analista como agente terapêutico na relação com pacientes traumatizados. No texto intitulado *Bandagem psíquica* ele escreve que o “amor e a força do analista, supondo-se que a confiança nele seja suficientemente profunda e grande, agem como o abraço de uma mãe amorosa e de um protetor” (KAHTUNI e SANCHES, 2009 p.335).

Se o processo de adaptação à realidade é algo tão difícil e penoso para o bebê, o que seria possível fazer para tornar essa passagem entre estágios um processo mais suave e menos conturbado? Acreditamos que algo já foi dito a esse respeito até aqui, mas Ferenczi é enfático no que se refere à importância de o ambiente fornecer ao recém-nascido um cenário com provisão de ilusão e livre de intrusões.

Provido de grande sensibilidade clínica, Ferenczi durante sua prática com pacientes considerados inaptos ao processo analítico clássico foi percebendo que as marcas de vivências traumáticas adquiridas na infância nem sempre são cicatrizadas e podem se transformar em fontes de prejuízo no decorrer da vida do indivíduo.

No texto *A criança mal acolhida e sua pulsão de morte*, de 1929, ele aborda a questão dos indivíduos que foram hóspedes não bem-vindos em sua família. Ferenczi afirma que esses indivíduos mantiveram em sua mente o registro consciente e inconsciente da aversão ou de impaciência da mãe e por conta disso desenvolveram formas inconscientes para manifestar o seu desejo de morrer.

Os menores acontecimentos, no decorrer da vida posterior, eram bastantes para suscitar nelas a vontade de morrer, mesmo que fosse compensada por uma forte tensão da vontade. Pessimismo moral e filosófico, ceticismo e desconfiança, tornaram-se os traços de caráter desses indivíduos. Podia-se falar também de nostalgia, apenas velada, da ternura (passiva), inapetência para o trabalho, incapacidade para sustentar um esforço prolongado, portanto, um certo grau de infantilismo emocional, naturalmente, não sem algumas tentativas de consolidação forçada do caráter (FERENCZI, 1929, p. 57).

Esses indivíduos quando crianças foram mal recebidas ou acolhidas com rudeza e sem afetividade por parte dos seus objetos primários. Ferenczi afirma que muitas vezes essas crianças morrem facilmente e de boa vontade, ou ao longo da vida, desenvolvem números distúrbios orgânicos para deixar de existir. Quando atingem a idade adulta tornar-se-ão pessoas muito pessimistas e sem apego a vida.

O bebê recém-nascido traz dentro de si o potencial para viver, crescer e se desenvolver. No entanto isso só será possível se a criança, desde a fase embrionária encontrar condições favoráveis ao seu desenvolvimento. Ferenczi assinala a importância de que a criança seja recebida por um ambiente amoroso, protetor e cuidadoso. Se tais condições não se configuram, ele indica que o bebê, e mesmo a criança pequena, não possuem força vital suficiente para sobreviver ao desamparo e ao abandono afetivo. A presença e implicação dos objetos primários será fundamental nesse estágio da vida.

A criança deve ser levada, por um prodigioso dispêndio de amor, de ternura e de cuidados, a perdoar os pais por terem-na posto no mundo sem lhe perguntar qual era a sua intenção, pois, caso contrário, as pulsões de destruição logo entram em ação. E, no fundo, não há motivos de espanto, uma vez que o bebê, ao contrário do adulto, ainda se encontra muito mais perto do não ser individual, do qual não foi afastado pela experiência da vida. Deslizar de novo para esse não ser poderia, portanto, nas crianças, acontecer de um modo muito mais fácil. A “força vital” que resiste às dificuldades da vida não é, portanto, muito forte no nascimento; segundo parece ela só se reforça após a imunização progressiva contra os atentados físicos e psíquicos, por meio de um tratamento e de uma educação conduzidos com tato (FERENCZI, 1929 p.58).

Esses cuidados extremos com o pequeno indivíduo em formação, além da sensibilidade, empatia e tato, são transferidos por Ferenczi, gradualmente, na medida em que percebe a ineficácia do método psicanalítico clássico para tratar um determinado grupo de pacientes. Esses pacientes, diferentes daqueles sobre os quais foi apoiada o desenvolvimento da técnica psicanalítica clássica, possuíam demandas e necessidades diversas daqueles cujo sofrimento girava em torno de conflitos psíquicos relacionados a fase edípica de seu amadurecimento psíquico.

Os pacientes de Ferenczi possuíam falhas em sua constituição psíquica anteriores a fase edípica, e isto implicava a urgência de uma nova técnica terapêutica, ou pelo menos uma capacidade de adaptação da técnica e do analista às necessidades demandadas.

Ao considerar o papel do analista como fator terapêutico e/ou antiterapêutico central da análise, Ferenczi abriu caminho para os analistas relacionais que vieram depois dele, entre os quais elegemos Donald Winnicott que se aproxima fortemente do pensamento e terapêutica ferencziana. A seguir faremos uma revisão teórica sobre como Winnicott considera o início da constituição psíquica e de forma que o ambiente pode se tornar fonte de saúde ou patologia para o desenvolvimento emocional do indivíduo.

3.2 O pensamento de Winnicott

Winnicott (1960; 1962; 1963) defende que o indivíduo humano para constituir e desenvolver um psiquismo saudável necessita encontrar um ambiente facilitador capaz de se adaptar às suas necessidades. Devemos sempre lembrar que o bebê humano é absolutamente dependente dos cuidados de um outro que faça as funções de proteger, nutrir e acalantar, entre

várias outras, e provavelmente por esse motivo, Winnicott nomeou esse estágio do desenvolvimento emocional do bebê de *dependência absoluta*. O indivíduo, portanto, deverá progredir da dependência absoluta para a *dependência relativa* e posteriormente passar a um estágio que ele chamou *rumo a independência*, pois acreditava que esta nunca era inteiramente conquistada.

Se durante os estágios mais precoces tudo correr suficientemente bem, na presença de um ambiente favorável e estável, sem falhas ou intrusões que venham provocar a ruptura na continuidade do ser do psiquismo em formação, Winnicott considera que o desenvolvimento se dará dentro de um ritmo que se interliga harmoniosamente ao desenvolvimento neurofisiológico.

De uma forma muito resumida Winnicott (1963/2007) define o ambiente facilitador como sustentação (*holding*), passando para o manuseio (*handling*), seguindo-se a apresentação de objeto, o que nos leva a conclusão de que o ambiente facilitador conforme pensado por ele é um conjunto de funções a serem desempenhadas pela mãe ou por um cuidador. Em um ambiente desse tipo o bebê terá uma experiência de integração psicossomática, que favorecerá os processos de personalização e as relações de objeto. Esses seriam os passos esperados de um desenvolvimento emocional sem maiores complicações, ou seja, repetidas situações de privação ou invasão, que configurariam em si experiências traumáticas e de desintegração (Ibid., p.72).

Ressaltamos que o meio ambiente facilitador precisa estar presente durante toda a vida do indivíduo e acrescentamos que todos os objetos e fenômenos transicionais, todas as formas culturais que favorecem o acolhimento e a elaboração das angústias funcionam como importantes dispositivos que favorecem os processos de simbolização em diferentes estágios da vida emocional.

Winnicott chama a nossa atenção para o fato de que é no período da dependência absoluta quando o psiquismo do bebê é mais precário que podem ocorrer os maiores prejuízos ao desenvolvimento psíquico e a saúde mental do indivíduo. Nesse período ainda não há uma separação eu/não-eu, e para o bebê; ele e a mãe, ele e o mundo formam uma só coisa, não há separação, não há limites.

Nesse estágio de dependência absoluta a mãe deve funcionar como ego auxiliar e escudo protetor do bebê (Khan, 1963/1977), e quando falha nessas funções abrem-se as portas para que se instalem graves rupturas nos processos de amadurecimento e continuidade do ser. As

poderosas organizações defensivas que se formam a partir das clivagens originadas das experiências traumáticas, tornam possível a sobrevivência psíquica desses indivíduos num período em que nem sequer existe um ego suficientemente bem estabelecido. É por isso que há registros muito primitivos do vivido durante o trauma, a memória consciente está apagada, mas as memórias corporais e os primitivos registros permitem a reprodução da situação traumática no setting analítico e a busca de uma melhor resolução defensiva para as angústias impensáveis.

Antes de escrever sobre o medo do colapso, em 1963, Winnicott dedicou-se ao estudo da formação e do desenvolvimento do ego do bebê. O método para construir a sua teoria basicamente, consistiu na observação dos fenômenos transferenciais em pacientes psicóticos adultos, em períodos de regressão. Ao lado disso, a observação de bebês, e de crianças em análise. Num texto brilhante escrito em 1962, *A integração do ego no desenvolvimento da criança* ele se debruça sobre esse processo psíquico fundamental fornecendo-nos os elementos necessários para compreender a dimensão da importância dos objetos externos, que personificados na figura da mãe suficientemente boa reúne as qualidades e as ferramentas psíquicas e emocionais para acolher, cuidar, proteger, nutrir, dar sustentação e capacitar o bebê a sair de um estágio de absoluta dependência física, psíquica e emocional até alcançar sua própria autonomia.

Ao longo de sua obra percebemos o grau de importância dada por Winnicott a essa figura quase mítica que é a *mãe devotada comum* ou a *mãe suficientemente boa*. Quando faço uso do termo *mítica* é por Winnicott nos passar a ideia de que o bom desenvolvimento das funções psíquicas esteja quase que inteiramente dependente desse encaixe-quase-perfeito entre as demandas do bebê e a capacidade da mãe em se adaptar a elas, sobretudo, em seus estágios mais precoces. Tudo parece *depend*er do encaixe que nasce a partir desse encontro. Por outro lado, acredito que ele não concordaria com o termo *mítica* aqui utilizado, pois ao mesmo tempo em que preconiza o encontro quase perfeito entre as necessidades do bebê e a capacidade adaptativa da mãe ambiente ele ressalta que a mãe suficientemente boa é a mãe comum, apenas boa o suficiente para o seu bebê. Como muitos conceitos winnicottianos é amplamente paradoxal.

Winnicott nomeia de *preocupação materna primária* a esse estado de extrema sensibilidade e identificação da mãe com o seu bebê que já tem início mesmo durante a gravidez e permanece durante algumas semanas após o parto. Esse estado de extrema atenção em que a mãe se torna capaz de adivinhar o que o seu bebê necessita favorece gradualmente o estabelecimento do ego unitário.

A mãe suficientemente boa é descrita por Winnicott (1962) como aquela que é capaz de satisfazer as necessidades do bebê no início, e satisfazê-las tão bem que a criança, quando dentro da díade narcísica mãe-bebê, é capaz de ter uma breve *experiência de onipotência*. E isto ocorre na relação com objetos subjetivamente concebidos.

Ele prossegue afirmando:

A mãe pode fazer isto porque ela se dispõe temporariamente a uma tarefa única, a de cuidar do seu bebê. Sua tarefa se torna possível porque o bebê tem a capacidade, quando a função de *ego auxiliar* da mãe está em operação, de se relacionar com *objetos subjetivos*. Neste aspecto o bebê pode chegar de vez em quando ao princípio da realidade, mas nunca em toda a parte de uma vez só; isto é, o bebê mantém áreas de objetos subjetivos juntamente com outras em que há algum relacionamento com objetos percebidos objetivamente, ou de objetos 'não-eu' (WINNICOTT, 1962 p.56).

Partindo disso, Winnicott está dizendo com suas palavras que esse período inicial de simbiose com o objeto externo mãe, vai dar forma às primeiras imagos que constituirão os objetos internos, coloridos com a mistura das experiências com os objetos reais e a vida pulsional do bebê. Um mundo interno com objetos internos, só poderá acontecer a partir de um período suficientemente bom de preocupação materna primária, quando a mãe é um ambiente sustentador.

Se por instantes, minutos ou segundos, o bebê pode oscilar entre a vida de fantasias, projeções e introjeções, processos que para ele se dão fora de um registro do mundo real, o ego materno estará lá, presente e funcionando como um filtro que permitirá ao psiquismo ainda informe permaneça protegido de estímulos muito perturbadores para os quais ainda não possui recursos para metabolizar. Em pequeninas doses, o bebê vai experimentar a realidade na forma de sutis frustrações, suaves doses de espera, tudo isso propiciado pela adaptabilidade do ambiente em manter-se presente e ausente dentro de uma alternância saudável e suportável ao ego em formação.

É a mãe na forma de um primeiro ambiente que oferece ao bebê os elementos necessários para a organização do *self*, e é por meio dessa relação que irá se constituir inicialmente um campo de ilusão que mais tarde se transformará num espaço potencial, transicional. Este espaço potencial cria condições para a experiência cultural, permite o viver criativo e o sentido do viver. Nesse momento da vida, a mãe ou aquele que faz sua função de forma suficientemente boa *é tudo* para o pequeno ser em desenvolvimento.

Sobre esse período do desenvolvimento emocional e processo constitutivo Winnicott (1990, p.177) nos oferece uma analogia bastante interessante. Vejamos:

Nos estágios mais iniciais encontramos uma total fusão do indivíduo ao seu ambiente, descrita pela expressão narcisismo primário. Existe um estágio intermediário importantíssimo entre este último e o do relacionamento interpessoal, sobre o qual podemos dizer: entre a mãe que está segurando fisicamente o bebê e o bebê existe algo que é preciso reconhecer, e que consiste ao mesmo tempo num aspecto da mãe e num aspecto do bebê.

Durante a vida intrauterina é possível dizer que entre a mãe e o bebê há um conjunto de substâncias, que são absolutamente necessárias até o momento da separação (que do ponto de vista físico seriam a placenta, o líquido amniótico etc.)

[...] Empreguei a palavra loucura, e o fiz de propósito, porque na teoria do desenvolvimento do ser humano há uma dupla reivindicação sobre esta substância intermediária, que se localiza entre o narcisismo primário e a relação objetal. Após o nascimento do bebê, essa substância, que tanto une quanto separa, passa a ser representada por objetos e fenômenos sobre os quais se pode dizer, novamente, que ao mesmo tempo que eles são parte do bebê eles são parte do ambiente [...] na verdade, um remanescente dessa substância intermediária continuará existindo na vida cultural dos homens e mulheres adultos, justamente ali onde se encontra aquilo que mais claramente distingue os seres humanos dos animais [...]. (WINNICOTT, 1990, p.178).

O tempo todo Winnicott ressalta a absoluta dependência do bebê em relação ao ambiente. Se a mãe não for capaz de desempenhar bem as suas funções, a maturação do ego da criança estará claramente comprometida, e quando isso ocorre, o desenvolvimento se dará de maneira distorcida. Essa capacidade de se adaptar da mãe tem pouca relação com a sua habilidade em cumprir com o cronograma de cuidados instrumentais, como dar alimentação satisfatória, por exemplo. Não que isso tenha pouca importância, mas o que está em jogo aqui é o investimento libidinal destinado a cada ação de cuidado, como olhar, tocar, alimentar. Algo que poderíamos chamar de disponibilidade interna, e talvez por esta razão Winnicott tenha qualificado com o nome de *preocupação materna primária*, a essa capacidade de se identificar inteiramente com o bebê e suas necessidades da mãe suficientemente boa.

Por causa dessa identificação com o bebê elas (as mães) mais ou menos sabem o que ele necessita. Refiro-me a coisas vitais como ser segurado no colo, mudado de lado, deitado, levantado, ser acariciado; e, naturalmente, alimentado de um modo sensato, o que envolve mais do que a satisfação do instinto. Tudo isso facilita os estágios iniciais das tendências integrativas do lactente e o começo da estruturação do ego. Pode-se dizer que a mãe torna o fraco ego do bebê em um forte, porque está lá, reforçando tudo, como a suspensão hidráulica de um ônibus. (WINNICOTT, 1965, p.67).

Poderíamos dizer, portanto, de uma forma resumida, que as necessidades egóicas são necessidades de contato íntimo, corporal e afetivo, de comunicação, de ser olhado e amado por um outro, e que sem isso, sem essa presença altamente adaptada e especializada dos cuidados maternos, o ego primitivo do bebê não se desenvolve e sofre prejuízos.

No entanto, se a presença é excessiva, intrusiva sem deixar espaço para o gesto espontâneo do bebê se manifestar, ele será obrigado a reagir, o que provoca uma ruptura em sua continuidade do ser. De acordo com Winnicott (1962, p.56):

No estágio que está sendo discutido é necessário não pensar no bebê como uma pessoa que sente fome, e cujos impulsos instintivos podem ser satisfeitos ou frustrados, e sim como um ser imaturo que está continuamente *a pique de sofrer uma ansiedade inimaginável*. Esta ansiedade inimaginável é evitada por esta função vitalmente importante da mãe neste estágio, sua capacidade de se pôr no lugar do bebê e saber o que ele necessita no cuidado geral de seu corpo e, por consequência, de sua pessoa. O amor, neste estágio, pode apenas ser demonstrado em termos de cuidados corporais, tal como no último estágio antes do nascimento a termo.

Sentir-se, estar psiquicamente integrado tem relação direta com o sentimento de segurança de que o ambiente primário não falhou em sua função protetora. Sobre as bases da confiança e segurança obtidas a partir das experiências positivas com os objetos primários e posteriormente internalizadas, torna-se mais fácil para o indivíduo sentir confiança em si mesmo e no mundo. Muito diferente daquele que pelas circunstâncias de privação e descontinuidade foi obrigado a sobreviver às falhas do ambiente, e pela sobreposição de experiências traumáticas construiu dentro de si a imagem de um mundo hostil sempre pronto a lhe atacar. Para esses indivíduos o sentimento de insegurança será uma companhia frequente, impedindo-os de acreditar no mundo como um lugar seguro e em si mesmos como potenciais auto cuidadores.

O sentimento de segurança e a capacidade para confiar são parte de múltiplos desdobramentos que envolvem o processo de integração do ego. Levamos um tempo significativo tecendo considerações a respeito da constituição do ego e sua estrita dependência das funções do ambiente primário em se colocar no lugar de ego do bebê. Ora a mãe se antecipa as necessidades do bebê, não permitindo que as agonias da falta se prolonguem indefinidamente no tempo, ora ela é o próprio bebê, por ter a capacidade de se colocar em seu lugar empaticamente.

Mas os traumas desestruturantes também podem ocorrer em períodos posteriores ao de dependência absoluta. Todos estes estágios são relevantes para se pensar em casos em que a fundação do psiquismo não foi suficientemente bem constituída. São os estágios anteriores a integração num Eu unitário. Os diferentes traumatismos podem ocorrer em qualquer um desses estágios (ou em mais de um), e por isso, não podemos deixar de fazer, mesmo que seja, uma breve exposição.

3.3 Objeto Subjetivo, Relação com objetos (internos) e Desilusão, Transicionalidade, e

Uso do objeto: Aspectos saudáveis e patogênicos na passagem da dependência absoluta à dependência relativa.

Conforme mencionamos anteriormente os traumatismos desestruturantes podem ocorrer em outras fases da constituição psíquica que compreendem o período para além da dependência absoluta e anteriores a estruturação de um ego unitário. Não estamos afirmando com isso que uma vez que o indivíduo tenha alcançado a integração de um Eu separado, e nas posteriores fases do desenvolvimento emocional não possam ocorrer traumatismos suficientemente violentos que provoquem danos e prejuízos significativos ao funcionamento mental. No entanto, estamos dando ênfase aos processos constitutivos primordiais, por acreditarmos, em consonância com Winnicott e também com outros autores da psicanálise, que um bom começo, provido por uma matriz de cuidados fornecidos por um ambiente suficiente bom, é fundamental para a formação e desenvolvimento de um psiquismo saudável.

A partir desse ponto, tomaremos de empréstimo além do pensamento de Winnicott, a leitura original que Thomas Ogden faz sobre esse tema e suas contribuições sobre o conceito de Winnicott do desenvolvimento mãe-bebê em uma mãe e um bebê. Em outras palavras, Ogden (2015) articula as suas considerações pensando a unidade mãe-bebe, que vai aos poucos se transformando em duas entidades separadas, num processo que se desenvolve dentro de uma relação que ele identifica e nomeia como *três formas de dependência por parte do bebê*. A conceptualização de cada uma dessas formas de dependência é compreendida por ele em relação a aspectos específicos da contribuição Kleiniana. Aspectos que são tanto preservados como suplantados na contribuição Winnicottiana. Ressaltamos que embora durante o seu percurso teórico Ogden se posicione numa articulação constante da teoria de Winnicott em

relação aos postulados kleinianos, não entraremos nessa seara, considerando apenas o que ele elaborou dentro do espectro das ideias de Donald Winnicott.

Ogden (2015, p.127) defende que teoria do desenvolvimento psicológico de Winnicott “é uma exploração da provisão materna de postergação protetora e estimulação dosada.” Ele explica que por “provisão materna de postergação protetora” está se referindo ao trabalho de postergar a entrada no regime do Princípio de realidade através de frequentes e bem dosados convites a lidar com as frustrações do Princípio de Realidade, algo que o psiquismo incipiente do bebê ainda não é capaz de abarcar. Ou seja:

Quando o bebê está no útero, o papel da mãe é fornecer um ambiente que dará o tempo que o bebê necessita para amadurecer antes de se deparar com a inevitável tarefa de se separar da mãe ao nascer [*separação biológica*]. Exatamente dessa mesma forma, o papel da mãe nos primeiros meses de vida (anterior à entrada do bebê no período dos fenômenos transicionais aos “aproximadamente dos quatro aos seis e aos oito aos doze meses”) [Winnicott, 1951, p.4], é de fornecer um ambiente no qual a postergação da separação psicológica pode ocorrer enquanto o bebê se desenvolve como resultado de um interjogo entre a maturação biológica e a experiência real. (OGDEN, 2015, p.127, grifos nossos).

Ele ressalta o fato de que o bebê pode se desenvolver apenas no invólucro protetor e postergador do ambiente materno e isso constitui um nível do significado do conceito de Winnicott (1960) de que não *existe tal coisa como um bebê*. Isso implica, em total consonância com Winnicott reconhecer a condição de extrema dependência e vulnerabilidade do bebê em relação não somente aos cuidados ofertados pelo ambiente, mas também e sobretudo, sua dependência e vulnerabilidade em relação ao psiquismo materno.

A atividade física e psicológica da mãe fornece a matriz inicial para a experiência mental e corporal do bebê. O bebê é, devido a essa função de escudo protetor e ego auxiliar, por parte da mãe-ambiente, protegido do conhecimento de estar separado e, pela provisão materna, é capaz de manter a ilusão do *objeto subjetivo*, ou seja, a ilusão de que a externalidade e a internalidade são uma coisa só.

Esse *objeto subjetivo* é primeiro *criado* pela criança (criatividade primária, segundo Winnicott) e não possui existência independente. Recordando algumas citações do próprio Winnicott (1971, p.26) sobre o tema: “O seio é constantemente recriado pela criança em função de sua necessidade [...]. A mãe coloca o seio no lugar e na hora certos em que a criança está pronta para criá-lo”. Nesse período se concentra o núcleo da onipotência do bebê, que é uma etapa fundamental.

A integração progressiva do Eu da criança é correlativa à constituição de um *objeto interno*. Esse é o núcleo da relação objetal. Mas esta conservará sempre a marca do primeiro tempo o que significa que no nível das relações objetais, o objeto é essencialmente definido como feixe de projeções e como polo de identificações, pois o sujeito investe o objeto que sempre pode voltar a ser parte do eu, objeto narcísico (PONTALIS, 2005).

No entanto, é preciso lembrar que a desilusão com todas as aquisições que lhe são pertinentes só poderá acontecer sobre uma bem fundada capacidade de ilusão. De acordo com Winnicott, o que o bebê deixa para trás ao amadurecer, não é a ilusão básica, que permanecerá se houver saúde, mas a ilusão de onipotência. A criança vai percebendo pouco a pouco, através das experiências suportáveis de espera e frustração que as pessoas e as coisas possuem existência independentes dela própria.

A despeito da compreensão intelectual, nesse período, o indivíduo retém a capacidade para a ilusão, exercendo naturalmente a criatividade que é a “manutenção, através da vida, de algo que pertence à experiência infantil: a capacidade de criar o mundo” (WINNICOTT, 1970/2005, p.24).

É durante esse período que o funcionamento mental e os processos intelectuais começam a ser exercidos em sua especificidade ajudando o bebê a lidar com a lacuna existente entre a adaptação completa e incompleta. São as falhas do cuidado materno que impulsionam o uso da mente; é por meio da incipiente compreensão intelectual que as falhas do ambiente começam a ser levadas em conta, tornando-se compreensíveis, toleráveis e até mesmo previsíveis (Id., 1952/2000, p. 312).

Além disso, neste período da desadaptação o bebê começa a ter um vislumbre da mãe como pessoa total e separada dele, pois passa a ter a percepção de sua própria dependência em relação ao ambiente.

Seguindo o pensamento de Ogden sobre *as três formas de dependência* como processos constitutivos de um desenvolvimento saudável do psiquismo do bebê, ele postula que no *período do fenômeno transicional*, a tarefa de desenvolvimento do par mãe-bebê é o desmame não traumático do bebê da provisão materna da *matriz psicológica*.

Aqui um breve parêntese para explicar o uso feito por Ogden do termo, *matriz psicológica*, já que Winnicott (2015, p.150) faz uso da palavra matriz apenas uma vez em um dos seus textos quando se refere ao relacionamento do ego como a “matriz da transferência”. A palavra “matriz” - ele explica em uma de suas notas - é derivada de uma palavra latina que

define útero e por julgar que esta palavra é adequada para descrever o *espaço continente silenciosamente ativo no qual as experiências psicológica e corporal ocorrem*.

Esse desmame, que julgamos ser a representação simbólica de uma primeira separação psicológica mais enfática, pois sinaliza a primeira das sucessivas separações que vão promover dentro de um tempo cronológico e com provisão de cuidados adequados, é conquistado, em parte:

Através da experiência do bebê de brincar sozinho na presença da mãe ausente e na ausência da mãe presente. Em outras palavras, o bebê deve ter a experiência de brincar na presença da mãe como ambiente e na ausência da mãe como objeto. Através da internalização da mãe ambiental, o bebê desenvolve a capacidade de gerar para si mesmo uma matriz para a sua experiência psicológica e corporal (OGDEN, 2015 p.149).

Ogden ressalta que a intrusão persistente da mãe na brincadeira do bebê resulta em dependência extrema do objeto-mãe-externo real. Isso leva a uma internalização defensiva da mãe como objeto e a um relacionamento aditivo à um objeto-mãe-interno onipotente, em vez do estabelecimento do ambiente de holding interno auto gerado pelo bebê através das sucessivas internalizações dessa matriz de cuidados providenciada pela mãe ambiente suficientemente boa.

Há uma mudança significativa na qualidade do relacionamento mãe-bebê durante o período dos fenômenos transicionais. Sabemos que desde o início essa unidade de desenvolvimento é fortemente marcada pelo paradoxo da unicidade e da separação que vai se configurar cada vez com mais força na medida que o bebê amadurece psiquicamente. Antes, as necessidades do bebê se limitavam ao ser segurado, acalmado, entretido. No entanto, na medida em que suas conquistas motoras e cognitivas se ampliam o trabalho da mãe-ambiente também é gradualmente obrigado a se modificar e adaptar às novas necessidades que surgem.

Ogden nos propõe uma interessante questão quando menciona que uma vez que o bebê, em tese, é isolado da realidade externa, de que forma ele é capaz de utilizar a experiência real no processo de emergir de seu estado inicial do isolamento?

De uma perspectiva winnicottiana os conteúdos psicológicos podem ser compreendidos apenas em relação à matriz psicológica dentro da qual aqueles conteúdos existem. Em outras palavras, no princípio a mãe ambiental fornece o espaço mental no qual o bebê começa a gerar experiência. É nesse sentido que Ogden considera que uma nova entidade psicológica é criada pela mãe e (o que está se tornando) o bebê.

O período do fenômeno transicional pode ser compreendido então como a fase da internalização pelo bebê, da matriz psicológica que é fornecida pela mãe-ambiente desde os períodos mais arcaicos do desenvolvimento. Esta matriz, por seu turno pode ser pensada como um contínuo estado de erosão desde o começo, mas somente após vários meses é que o bebê começa a consolidar sua capacidade de gerar e manter sua própria matriz psicológica. Isso quer dizer que desde o início da unidade mãe-bebê o seu destino é a separação, a diferenciação. Acredito que seja a isso que Ogden se refere ao falar em “erosão”. São os limites da indiferenciação que vão se erodindo, abrindo espaço para que surja a identidade autônoma de um ego separado, o surgimento de um bebê como tal.

Durante esse período o papel da mãe é o da desilusão gradual, um desmame gradual do bebê da provisão materna do ambiente de holding que funcionou como matriz psicológica do bebê. Para Winnicott (1958), durante esse processo de desmame o bebê desenvolve a capacidade de estar só. Durante a apropriação dessa capacidade o bebê internaliza a mãe, não ainda como objeto, mas como ambiente.

No desenvolvimento da capacidade de estar só o bebê desenvolve a capacidade de gerar o espaço no qual ele vive. A esse espaço Winnicott nomeou de espaço potencial. Até esse ponto do processo de amadurecimento a mãe e o bebê criaram esse espaço juntos. Esse espaço é na verdade uma metáfora utilizada por Winnicott para descrever uma área intermediária e paradoxal, entre o dentro e o fora, a realidade e a fantasia, entre o eu e o outro. Espaço do sonho e da criatividade.

Uma afirmativa paradoxal deve ser feita sobre o processo de desenvolvimento do indivíduo de gerar esse espaço: a criança deve ter a oportunidade de brincar sozinha na presença da mãe ausente e, na ausência da mãe presente. Esta afirmação paradoxal nos leva a concluir que a mãe deve estar ausente (ainda) como objeto, mas precisa estar presente como um espaço continente despercebido, dentro do qual a criança brinca.

A mãe não deve tornar a sua presença como objeto muito importante, pois isso levaria a criança a se tornar adicta a ela enquanto objeto onipotente. O desenvolvimento da capacidade de estar sozinho é um processo no qual o papel da mãe enquanto coautora invisível do espaço potencial é assumido pela (que está se tornando) criança. Nesse sentido o indivíduo saudável quando sozinho está sempre na presença da mãe ambiental gerada por ele mesmo. (OGDEN, 2015 p.135).

Algo que se aproxima muito do papel do analista no processo terapêutico, sobretudo no tratamento de pacientes muito traumatizados, ou daqueles que não foram capazes de internalizar uma matriz de cuidado suficiente boa. A análise e o analista se colocam então como peças fundamentais nesse processo de construção daquilo que não houve, entrando exatamente onde se configurou a falha do ambiente no processo constitutivo do indivíduo.

Vale ressaltar que no início da passagem da adaptação absoluta para a adaptação relativa, os objetos transicionais exercem a indispensável função de amparo, por substituírem a mãe que se desadapta e desilude o bebê. A transicionalidade marca o início dessa separação, da quebra da unidade mãe-bebê, pois o lactente que é um criador de mundos, cria a primeira região, a primeira distância, a área inaugural de separação entre ele e a mãe: o espaço potencial.

Gradualmente da simbiose inicial em que dois eram um, vão emergir dois indivíduos, o que permitirá o estabelecimento daquilo que se chama propriamente de um relacionamento, sendo que as bases para esse relacionamento foram dadas pela experiência singular com o objeto subjetivo.

Será exatamente no espaço de separação entre a mãe e o bebê que entra o objeto transicional, que é ao mesmo tempo separação e símbolo da união com o que está sendo separado; ele representa a mãe ou o seio, ou até o *self* da criança, tal como está nesse momento do amadurecimento. A atividade simbólica tem seu início trazendo amplitude à experiência uma vez que, de acordo com Winnicott (1966/2005) o símbolo da união proporciona um alcance mais amplo a experiência humana do que a própria união. Aos poucos a mãe ambiente é internalizada como uma matriz de cuidados e abre espaço para a descoberta feita pelo bebê da mãe objeto.

É preciso lembrar que embora a *presença* da mãe ambiente deva passar como que despercebida pelo bebê, o rompimento desse invólucro protetor invisível é vivenciado pelo bebê como uma verdadeira catástrofe e é sentido como a possibilidade da aniquilação de si. Quando isso acontece, ou seja, quando o bebê é posto precocemente em contato com a realidade (por conta de sua imaturidade psíquica e na impossibilidade de tolerar e processar essa falha do ambiente) terá que organizar defesas poderosas como a cisão para sobreviver a vivência catastrófica.

A terceira forma de dependência é a dependência do bebê da capacidade da mãe de sobreviver ao longo do tempo no período de relacionamento com objetos inteiros.

Ogden explica que o objeto-mãe-externo real foi, até esse ponto, altamente ofuscado pela projeção do bebê de seu mundo objetual interno. No período de relações com objetos inteiros, o bebê dá andamento a um processo de renúncia (em fantasia inconsciente, “destruição”) do objeto-mãe-interno onipotente, abrindo espaço, portanto, para a descoberta do objeto-mãe-externo real. Algo que, seguindo bem de perto as palavras de Ogden (2015, p.148): “envolve um ato de fé no qual o bebê deve se permitir cair dos braços do objeto-mãe-interno onipotente, para os braços do objeto externo que sempre esteve disponível, mas nunca fora percebido.”

Durante esse importante processo, a mãe real deve estar física e emocionalmente presente ao longo do tempo para sobreviver aos atos de destruição reais e fantasiados pelo bebê e, reconhecer e aceitar suas dádivas reparatórias. O objeto externo que está sendo descoberto (em oposição ao criado) é um objeto que pode ser *utilizado* em uma forma inteiramente nova, já que um relacionamento com o objeto descoberto é um relacionamento com um objeto enraizado no mundo, fora da onipotência do bebê.

Winnicott mostra que a passagem da relação de objeto para a utilização do objeto implica: que o sujeito destrua fantasmaticamente o objeto, que o objeto sobreviva a essa destruição fantasmática para adquirir sua própria autonomia e dar, assim, sua contribuição ao sujeito. Portanto, a renúncia do objeto plenamente satisfatório faz parte do processo de criação. É uma condição necessária deste.

Estas funções anti-traumáticas estruturantes do psiquismo em formação, nos levam de volta a uma das questões primordiais nesta pesquisa: o medo da loucura, da solidão e da morte, o *breakdown* de acordo com os pressupostos de Winnicott, e visionariamente antevisto por Ferenczi trinta anos antes. Por que ligar constituição do ego e *breakdown*?

Como vimos ao longo deste capítulo a presença e implicação dos objetos primários, primeiro na forma de uma mãe-ambiente suficientemente boa que fornece para o bebê a sua própria matriz psicológica na forma de uma bem adaptada provisão de cuidados, postergando e protegendo o ego incipiente de impactos e rupturas precoces advindas do contato com a realidade. E mais adiante como ambiente facilitador da capacidade nascente para a autonomia, são imprescindíveis para dotar o psiquismo em formação das capacidades necessárias para suportar as tensões pulsionais e os impactos das experiências da realidade sem se fragmentar.

Quando o vínculo mãe-bebe não é firme o suficiente para sustentar o frágil psiquismo em formação através do tempo e espaço, não possibilitando a internalização de uma matriz de

cuidados, que permite ao bebê sair da ilusão de onipotência e da díade narcísica para se relacionar com objetos internos e externos, ou ainda, quando o bebê ou a criança precisou se organizar de forma reativa para sobreviver psiquicamente, isso representa a possibilidade de que houve falhas e intrusões significativas, consideradas traumáticas, que possivelmente se desdobrarão em prejuízos para a saúde mental do indivíduo ao longo da vida, muitas vezes se manifestando como sintomas e ansiedades paranóides, medo da loucura, da solidão e da morte.

Sabemos que indivíduos muito traumatizados fizeram uso maciço de cisões para dar conta de sua sobrevivência psíquica ao longo do tempo e somente o encontro com bons objetos externos, que funcionem como verdadeiros facilitadores e continentes da emergência de suas angústias mais arcaicas, sem retraumatizá-los, como por exemplo durante um salutar processo de análise, torna possível a elaboração dos traumas.

CAPÍTULO 4 – ENTRE A TERNURA E A PAIXÃO ENTRELAÇADAS: SOBRE A TRANSFERÊNCIA E PROCESSOS REGRESSIVOS DO PACIENTE TRAUMATIZADO

Durante o percurso do tratamento dos dois casos clínicos apresentados nesta pesquisa, pude perceber a forte transferência positiva que as duas pacientes estabeleceram com a minha voz.

No início do tratamento quando a paciente Francisca já em nosso primeiro encontro menciona que há algo de familiar em minha voz, penso tratar-se de um comentário relacionado às características do meu sotaque, já que tanto eu quanto ela pertencemos a mesma região do país. No entanto, à medida que a aliança terapêutica se estabelecia e os aspectos regressivos da análise se manifestavam fui me dando conta de que havia nas suas palavras algo do apelo de uma criança desamparada e traumatizada. Minhas primeiras associações nesse sentido me fizeram crer que a melodia da minha voz despertava nela memórias arcaicas. Muito tempo depois ao retomar esse caso clínico à luz de algumas teorias psicanalíticas, além é claro, das minhas intuições, fui obrigado a reconhecer que no caso desta paciente, a dita transferência com a minha voz, talvez entrasse justamente onde haviam de fato, muitos espaços vazios na sua experiência emocional.

Para ser mais preciso, eu me arriscaria a dizer que quando a paciente sinalizava sua ligação com a minha maneira pessoal de falar com ela, minha entonação e todos os aspectos relevantes desse envoltório sonoro que envolve a relação do paciente com o analista, estava me apresentando uma sobreposição de possíveis demandas endereçadas a mim durante o seu processo analítico.

Francisca não chegou a conhecer o pai biológico, e via de regra, teve relacionamentos traumáticos com as figuras masculinas que foram se apresentando ao longo de sua vida. Podemos citar o irmão abusador, depois os dois rapazes filhos de uma de suas patroas também abusadores, e ainda seu próprio marido, descrito como um homem rude e violento.

Penso na reverberação de todas essas vozes masculinas aterrorizantes em seu psiquismo. Lembro-me também do seu relato de seu romance extraconjugal. Ela me dizia que esse homem “conversava” com ela. Parece que pela primeira vez na vida ela era reconhecida como sujeito,

vista, ouvida, como alguém capaz de desejar e em sua singularidade. Naquele momento ela não foi capaz de abraçar a oportunidade de mudança que se apresentou em sua vida. Quando aquele homem lhe propôs que ficassem juntos, ela hesitou e recuou.

Devo recordar que muitas vezes Francisca me solicitou por telefone e por áudios através de um aplicativo de celular. Conforme narrado mais detalhadamente em outro capítulo, ela verbalizou claramente que diante da possibilidade da interrupção da análise queria garantir que poderia ao menos continuar escutando a minha voz.

Anos depois do fim desta análise e ao refletir sobre ela, eu me via sempre no papel do analista maternal, e do homem, objeto externo e real em quem Francisca podia confiar. No entanto, talvez por uma defesa minha, só muito tempo depois fui capaz de reconhecer que minha voz poderia ser uma mistura de vozes, da mãe acalentadora, que ela não teve, do pai que ela nunca havia conhecido, e do amante, o primeiro homem talvez que tenha olhado para ela e escutado para esta mulher marcada pela violência e pelo sofrimento.

Esse relato me faz lembrar de outra paciente, Ayla. Ela chegou mesmo a me desconcertar na primeira vez que sentenciou: “Pra mim é mais importante escutar o som da sua voz do que o conteúdo do que você diz”. Essa fala da paciente me fez crer na minha própria incompetência em tratá-la. Parecia que minhas interpretações e o meu manejo eram inadequados e que eu não estava me adaptando devidamente às suas necessidades em análise. No entanto, chamava muito a minha atenção para o seu compromisso com o processo analítico. Ayla desde o início de seu tratamento fazia questão de pagar adiantado e no primeiro dia útil do mês. Era como se precisasse garantir o seu espaço, que eu não daria a outro a paciente: aquele espaço e tempo tinham que ser exclusivamente dela.

Após um hiato longe da análise ela retorna e se diz “quebrada” e que não pode pagar pela análise. Eu compreendo nessa fala um duplo comunicado em que ela me endereça um pedido de sustentação (holding) no sentido winnicottiano do termo. Ela precisava sentir que poderia contar comigo também nesse aspecto. Durante esse segundo período de análise ela foi capaz de verbalizar com clareza que a voz de sua mãe era sentida por ela como perturbadora e que a voz da sua avó era acalmadora e organizadora, como a minha. Tempos depois eu iria mais longe nessas ideias lembrando-a dos episódios extremamente traumáticos da paciente com o pai ao telefone, mais uma vez uma voz portadora de traumas.

Recordemos que Ayla narrou em uma sessão que começou a perder o controle sobre o ganho de peso aos 14 anos, justamente depois de ter escutado a voz de seu pai biológico ao

telefone falando em outro idioma. Na ocasião foi tomada pelo susto, seguido de ansiedade. Aos 22 anos foi deixada por seu pai sozinha numa estrada no interior da Europa, depois de uma briga e após uma tentativa frustrada de construir um relacionamento com ele. Mais tarde, pouco antes do pai morrer, ao conversarem por telefone, ela lhe pede perdão e diz que também o perdoa, ao que ele ri desdenhosamente e retruca que não precisa ser perdoado.

Acredito que, também no caso desta paciente, a relação com a minha voz se estabelece numa multiplicidade de vínculos. As transferências vão se sobrepondo ou se intercalando de acordo com o momento da paciente em análise. Ora sou o analista acolhedor e maternal, ora entro nos processos constitutivos daquela dimensão que não houve, ou que aconteceu de forma muito negativa, um exemplo disto é o caso da relação estabelecida com o pai biológico. Outro exemplo é a diferença da relação estabelecida entre nós e a que existiu com o seu padrasto abusador. Em alguns momentos a transferência da paciente recai sobre a fantasia de ser eu, seu analista, o homem que reúne todas as qualidades de um homem perfeito idealizadas por ela.

Entre as questões que habitaram a minha mente durante os últimos anos e durante a realização desta pesquisa se sobressaíram as seguintes: qual a importância da transferência estabelecida por essas pacientes com a minha voz e a própria importância do elemento voz na constituição psíquica? Qual é a importância de uma voz que veicula continência e que funciona como agente terapêutico e antitraumático no processo analítico.

Me impressionou muito um momento analítico quando, Ayla após ter encerrado a sua segunda análise comigo, me solicitou uma sessão sob a justificativa de que havia tido um insight, o qual precisava muito me relatar.

Durante a sessão ela fala sobre o reencontro com um homem que foi um caso de amor mal resolvido do passado e que se arrastou durante vários anos em sua vida. Esse reencontro reacendeu nela a esperança de que havia encontrado o grande amor de sua vida, no entanto, em pouco tempo ela percebeu que o homem citado não abandonaria a esposa para ficar com ela, o que a fez refletir longamente sobre as possíveis razões dela se encontrar revivendo situações muito semelhantes de desilusão e abandono por parte daqueles a quem havia escolhido como parceiros afetivos. Esse período de introspecção lhe possibilitou o insight de que aquele homem, reunia numa mesma pessoa três importantes aspectos traumáticos internalizados por ela e associados a figuras masculinas de sua história: a do pai biológico abandonador, a do tio para quem ela se sentia sempre insuficiente e do padrasto abusador que a colocou no papel de amante, da “outra”, o terceiro e mais frágil vértice no triângulo estabelecido por ele com a

paciente e sua mãe. A partir de experiências vividas, todas essas vozes trazidas por ela, vão contrastar com aquela relação estabelecida comigo e com a minha voz, permitindo-a reencenar comigo na transferência importantes histórias de seu passado.

4.1 Considerações sobre a voz: O banho melódico, ritmo, inflexão.

Neste ponto da pesquisa pretendemos abordar a importância da voz no narcisismo e nas primeiras etapas de constituição do psiquismo, como um elemento que deixa marcas indeléveis nos processos emocionais primitivos do indivíduo, traçando um paralelo entre esse período de experiências primitivas e sua atualização no processo analítico através das situações de transferência e regressão em análise. Em alguns casos, como os apresentados aqui a vinculação do paciente com a voz do analista pode surgir como um forte indicativo dessa transferência envolvendo aspectos regressivos que podem vir a se tornar uma importante aliada nos procedimentos técnicos destinados a terapêutica desses mesmos pacientes.

A mitologia, a filosofia, a literatura e as artes muitas vezes são capazes de iluminar de forma clara e precisa elementos significativos da teoria psicanalítica. O mito grego de Narciso, por exemplo, serve-nos como uma rica fonte de inspiração para descrevermos processos metapsicológicos tanto quanto para orientar nossa reflexão sobre aspectos da constituição e desenvolvimento psíquico, ou mesmo para estabelecermos analogias com aspectos psicopatológicos do funcionamento mental.

Em outro trabalho (VIEIRA, 2014) tomamos de empréstimo da mitologia grega essa mesma personagem para tecermos considerações sobre indivíduos com forte resistência à passagem do tempo, às transformações inerentes ao processo de viver e envelhecer, que obviamente envolvem perdas e lutos. Narciso e Eco reaparecem para mim nesta pesquisa, proporcionando-me novos insights e revelando-me através de suas histórias, novas possibilidades narrativas e interpretativas. As lendas de Eco e Narciso encontram-se interligadas, assinalando as interrelações entre o espelho sonoro e o espelho visual na constituição psíquica. Isto no interior do narcisismo tanto a sonoridade quanto as impressões visuais tem uma função especular e constitutiva do narcisismo primário.

O jovem Narciso, dotado de grande beleza física, provoca paixões arrebatadas por onde passa, sobretudo entre as ninfas. No entanto, nada ou ninguém parece capaz de tirá-lo da sua insensibilidade. Eco é uma dessas ninfas que por ele se apaixona desesperadamente, mas é rejeitada e repelida, sofrendo uma profunda desilusão ao se dar conta do quanto Narciso é insensível e inacessível. Envergonhada por ser rejeitada, a ninfa se esconde nos bosques. Desse dia em diante, passa a viver nas cavernas e entre os rochedos das montanhas. O seu sofrimento é tão intenso que o seu corpo definha até que seus ossos se transformam em rocha, só restando a sua voz, que responde aos que chamam em eco, repetindo sempre a última palavra.

Narciso desprezou além de Eco todas as ninfas, até que uma delas, ao ser repelida quando tentava atraí-lo, implora a Nêmesis que ele, algum dia, viesse a saber o que é amar e não ser correspondido. A deusa da vingança e da justiça escuta e atende o pedido da ninfa, condenando Narciso a sofrer a mesma intensidade de paixão por um ser inalcançável.

Em um dia quente, após uma fatigante caçada, Narciso se reclina sobre um lago para saciar sua sede e percebe a imagem de um belo jovem por quem se apaixona perdidamente. Assim como a ninfa Eco, o jovem Narciso se retira do mundo e permanece debruçado contemplando a própria imagem. Sem comer, beber, ou dormir ele vai se debilitando até morrer. Mesmo depois de morto, durante o seu cortejo fúnebre, sua sombra se inclina sobre o espelho das águas do rio Estige na tentativa de contemplar a sua própria imagem mais uma vez.

Neste mito predomina a importância da imagem visual na constituição da paixão amorosa. No entanto, Anzieu (1989) chama a nossa atenção de que a história de Eco antecede a de Narciso, e utiliza a narrativa dos dois mitos e sua cronologia para assinalar a primazia do espelho sonoro sobre o espelho visual, no que diz respeito aos processos de constituição psíquica. Anzieu apoia em uma vasta pesquisa para afirmar que o bebê está ligado a seus pais por um sistema audiofônico, formado pela cavidade buco-faríngea (responsável por produzir os elementos indispensáveis a comunicação) está desde muito cedo sob o controle da vida mental embrionária ao mesmo tempo que exerce um papel essencial na expressão das emoções. Podemos completar, adiantando algumas informações a partir de pesquisas mais recentes ligadas ao desenvolvimento fetal, assinalando que aos cinco meses o feto já é capaz de perceber e reagir aos sons do ambiente e sobretudo à voz materna.

Anzieu (1989, p. 195) também nos revela elementos para pensarmos o viés patológico da história. Seguindo suas palavras, caso o espelho – sonoro ou visual – devolva ao sujeito apenas ele próprio, isto é, sua exigência de amor, seu desamparo, como no caso da ninfa Eco,

ou sua procura de uma imagem ideal, conforme o mito de Narciso, o resultado é o desequilíbrio pulsional que libera as pulsões de morte, promovendo a sua prevalência sobre as pulsões de vida.

Antes que o olhar e o sorriso da mãe que alimenta e cuida conduzam o bebê aos processos de formação de uma imagem de si que seja reconhecível e interiorizada lançando as bases para a formação e desenvolvimento de um *self* integrado, Anzieu (1989) defende a existência e primazia do que ele nomeia de *banho melódico*, algo que é composto pelo som da voz da mãe, suas cantigas de ninar, pelo manhês, que é uma forma singular com que as mães se dirigem aos seus bebês. Esses elementos com predominância das pulsões de vida, formam o primeiro *espelho sonoro* do qual o bebê irá se valer, apoiando-se nele para evoluir através de seus choros, depois seus balbucios até ser capaz de formar as primeiras sílabas e palavras. O *espelho sonoro*, ou *banho melódico* pressupõe a existência de um outro na vida do bebê que esteja em sintonia emocional com ele, muitas vezes nomeando, traduzindo, interpretando ou ainda antecipando as suas necessidades. Essa experiência primitiva e constitutiva tem seu início antes mesmo do nascimento e se prolonga através do tempo pela relação estabelecida desde o período intrauterino entre o bebê e sua mãe.

Em seu importante trabalho “O Eu-pele” Anzieu (1989) nos revela que o *espelho sonoro* constitui o primeiro espaço psíquico para o bebê. Ele afirma que o *self* se constitui pela introjeção do universo sonoro (além do gustativo e olfativo) num período de imaturidade psíquica em que podemos considerar o psiquismo como um esboço de unidade e identidade. Para esse autor:

As sensações auditivas, associadas no momento da emissão sonora às sensações respiratórias que lhe fornecem uma impressão de volume que se esvazia e se preenche, preparam o *Self* para se estruturar tendo em conta a terceira dimensão do espaço (a orientação, a distância) e a dimensão temporal.” (ANZIEU, 1989, p.181).

Anzieu (1989) coloca em evidência a existência desse *espelho sonoro* ou uma envoltório auditivo-fônico como elemento de constituição do *self* muito precoce e sua função fundante no aparelho psíquico da capacidade de dar significação, que posteriormente, tornará o psiquismo apto aos processos de simbolização. Suas ideias ultrapassam alguns postulados de Winnicott e Lacan que defendem que é o rosto da mãe que fornece o *primeiro* espelho à criança propiciando a constituição do *self* a partir daquilo que lhe é refletido. Para Anzieu esses dois autores colocam maior ênfase sobre as experiências visuais, ao passo que ele se orienta para a importância dos

sinais auditivos que se desenvolvem durante um período muito precoce do desenvolvimento humano.

A voz humana é um instrumento de comunicação extraordinário. A pesquisa desenvolvida por Marie-Claire Busnel (1997, 2002, 2011, 2013) nos mostra o papel fundamental da voz desde o início da vida, tocando o bebê humano ainda em seu período intrauterino. O encontro entre o bebê e o seu mundo se faz inicialmente por via sonora. A pesquisadora explica que no que diz respeito à fala, ao som das vozes, o feto é capaz de captar as diferenças entre: duas sílabas, frases, locutores, línguas, canções infantis, ou até mesmo entre trechos de músicas. Segundo Busnel (2011) as capacidades do feto para discriminar os sons são bem documentadas e revelam um funcionamento auditivo eficaz e que vai sendo aprimorado durante as primeiras fases de desenvolvimento logo após o nascimento. Ainda sobre as capacidades auditivas dos recém-nascidos, ela nos revela que entre os diferentes sons, o bebê humano demonstra uma preferência significativa pela voz, e entre as vozes prefere as vozes femininas. Entre as vozes femininas o recém-nascido prefere a da sua mãe.

Seguindo a rica pesquisa desta autora, vamos descobrir que o bebê humano também apresenta preferência pela língua falada por sua mãe a outras línguas, o que indica não apenas que ele é capaz de diferenciar sons diferentes percebidos ainda em seu período pré-natal, mas também que ele consegue reconhece-los como sendo semelhantes àqueles que ele escuta após o nascimento. Busnel (2011, p.26) afirma que isto revela uma continuidade transnatal de capacidades auditivas, pois o feto memoriza e se habitua aos sons mais familiares, que passam a ser os seus preferidos após o nascimento.

Todas essas importantes informações me fizeram refletir sobre qual o papel da voz masculina, de que maneira o bebê percebe a voz do pai nesses primórdios constitutivos do psiquismo individual? Esta questão se fez pertinente, já que a maioria dos textos consultados aponta a clara preferência dos bebês pelas vozes femininas. Enquanto pesquisador e clínico, eu me questionava ainda mais sobre o vínculo estabelecido pelas minhas pacientes com a minha voz.

Sobre essa questão em especial, Busnel (2003 P.72) tece comentários relevantes quando afirma que os bebês são sensíveis à voz do pai quando ele fala com eles diretamente. Se a voz do pai está apenas presente no ambiente, essa voz, para o bebê ou feto, não terá o mesmo destaque que a voz materna. No entanto, se o pai fala com o feto e dele se aproxima, e ainda se toca nele, dirige-se a ele como a um ser humano adulto, sua voz terá um efeito tão importante

quanto a voz da mãe, em alguns casos até mais importante. A autora admite que alguns pais tem uma relação que parece ser mais próxima, verdadeira e real do que a relação da mãe com o bebê.

A psicanalista Marie-Christine Lasnik (2011), por seu turno defende que o “manhês” é a língua que todas as mães do mundo empregam para falar com seus bebês. Porém, nos últimos anos tem ganhado força nos círculos que pesquisam essa forma de comunicação o “parentês”, considerando-se a ativa participação do pai, assim como de outros adultos nos cuidados e relação com o bebê. Lasnik explica que no campo da prosódia, “o manhês compreende um registro de voz mais alto que o de hábito, com uma gama de entonação restrita, mas com modulações e variações de altura muito exageradas, formas melódicas doces e longas, com amplas variações”. A autora vai além afirmando que trabalhos recentes ressaltam ainda a importância da participação do bebê na qualidade da prosódia do manhês produzido pelo adulto, o que nos faz concluir a dimensão intersubjetiva que se estabelece já desde um período muito precoce e onde a participação do bebê deve ser levada em conta.

Ainda sobre essa maneira especial e singular que as mães ou os adultos cuidadores utilizam durante a comunicação com os bebês, ela prossegue:

Desde sete semanas de vida o bebê prefere a produção sonora de uma mulher que fale em manhês; e ele prefere mesmo que seja numa língua estrangeira. Isso é muito perceptível quando recebemos bebês estrangeiros em consulta. Eles se mostram muito interessados pelo que contamos, desde que o adulto que se dirige a ele fale um bom manhês. Essas primeiras mensagens verbais, transmitidas através dos contornos melódicos – nós podemos dizer através da entonação – os valores afetivos, eles motivam, eles direcionam para a comunicação verbal. Esta dimensão musical e poética, portadora desses valores afetivos é superior à representação de palavras que podem ser não importa quais. (LASNIK, 2011 p. 95).

Estas descobertas de Lasnik me fazem lembrar vivamente das palavras da paciente Ayla quando afirmava que para ela importava mais escutar o som da minha voz do que o conteúdo das minhas palavras durante as intervenções feitas por mim e endereçadas a ela durante sua análise. Estamos aqui o tempo inteiro tentando traçar paralelos entre as vozes constituintes do psiquismo em seu período mais primitivo e o papel do analista exercendo a função maternante durante a análise, mas também, e talvez esse seja o ponto mais relevante aqui, chamar a atenção para como as palavras da paciente revelam aspectos de sua transferência e sua entrada em

momentos de regressão terapêutica quando sinaliza a importância daquilo que poderíamos chamar de a *melodia da voz do analista* como um elemento reconstrutivo e antitraumático.

Para apoiar as minhas intuições clínicas recorro a um breve trecho do trabalho de Trevarthen e Gratier (2005) quando afirmam que as emissões vocais são organizadas em falas verbais, que carregam igualmente uma musicalidade espontânea tão significativa quanto as palavras. Esses dois autores destacam que para Ivan Fónagy, o sentido da fala está além das palavras. De acordo com as palavras desse autor “o inconsciente se exprime espontaneamente através de sutilezas, da dinâmica e da rugosidade da voz viva”.

Gratier (2011) propõe ainda que existe uma continuidade entre o verbal e o musical, ligada a natureza da voz humana, que de um lado musicaliza a fala lhe atribuindo as formas temporais e expressivas, através da modulação sutil de dimensões como a altura, a duração, a intensidade, o timbre; e que de outro aporta o sentido aos sons musicais que ela produz, expressando o sentido para além das palavras. Ela conclui que as modulações da voz, nas suas múltiplas dimensões expressivas e dinâmicas, têm o poder de dizer aquilo que as palavras não dizem.

A forma, o ritmo, a entonação, ou em outras palavras, a *melodia da voz* que fazem lembrar vivamente o *banho melódico* e o *espelho sonoro* de Anzieu (1989), tornam-se mais relevantes que as palavras ditas, já que carregam o tônus afetivo que extrapola o significado das palavras.

Isso me lembra o trecho de uma canção que diz “*words are futile devices*”¹⁰. Poderíamos dizer não que as palavras são dispositivos inúteis, mas, em muitos casos, insuficientes. Como é frequente, a cultura se antecipa ou mesmo consegue ilustrar de forma viva, simples e clara conhecimentos complexos e profundos. Onde as palavras falham em dar conta de expressar uma emoção ou sentimento entram todas as outras formas de comunicação não verbal.

A pesquisadora e psicanalista, Maya Gratier (2011) nos traz importantes contribuições nessa direção, e nos ajuda a compreender o elemento voz como fenômeno corporal, mas dotado de forte significação emocional, o que justamente permite as formas de linguagem musical dirigidas ao bebê em suas interações. A voz humana é compreendida pela psicanalista como um dos elementos de toda uma corporeidade que organiza a experiência do bebê, dando a ele

¹⁰ “Palavras são dispositivos inúteis...” trecho da canção *Futile Devices* de Sufjan Stevens.

um sentimento de existência. Gratier (2011) em consonância com Lasnik (2011) e de certa forma também em concordância com Anzieu (1989) chama a nossa atenção para a importância da prosódia – a parte da linguística que estuda a entonação, o ritmo, o acento (sua intensidade, altura, duração) na linguagem falada – nesta relação que se estabelece com o espelho sonoro, a voz da mãe, ou as vozes constitutivas do psiquismo.

Podemos inferir que a importância da voz materna ou daquele que faz a função maternante, não é algo apenas correlato ao fenômeno físico, mas envolve de maneira mais abrangente toda uma série de experiências emocionais que se permite transmitir através dessa forma de comunicação e interação como uma expressão dinâmica multidimensional, através de seus ritmos, melodias, inflexões. Para Gratier (2011) as variações prosódicas que compõem um gesto vocal se aproximam em intensidade e força expressiva a um gesto corporal.

Para além do que foi dito até aqui, podemos afirmar que a voz transmite as intenções e as emoções que surgem de forma espontânea nos encontros comunicativos entre a mãe e o bebê. Aquilo que ela transmite é percebido imediatamente, na instantaneidade de seu acontecimento e sem mediação.

Gratier (2011) observa que enquanto instrumento de comunicação, nós reagimos através da nossa voz, com ela, e por vezes sem saber, já que é difícil controlar o ritmo, a entonação, a respiração, quando estamos tomados de fortes emoções. Quando nos dirigimos a alguém usamos a nossa voz e sua dinâmica relacional é o produto e o reflexo, em muitas situações, das expressões do outro em relação a nós e das motivações internas para tocar o outro *de uma certa maneira* ou ainda para produzir nele um efeito subjetivo. Podemos mencionar a maneira mais adequada, que nós enquanto terapeutas, buscamos ao fazermos alguma intervenção ou interpretação durante um processo analítico. Além disso, podemos identificar que nos posicionamos e projetamos a nossa voz de uma determinada forma, a depender das expectativas do ambiente e das experiências emocionais veiculadas a um determinado momento.

Seguindo um pouco mais com as ideias dessa autora, ela nomeia de *assinaturas prosódicas* a essa forma muito particular que cada indivíduo possui para se comunicar com a sua voz. Para ela cada sujeito possui uma voz particular e característica, mas que também é influenciada pelo contexto cultural em que está inserida, sobretudo pelas motivações que pertencem ao campo da intersubjetividade que compõe a trocas emocionais e culturais construídas no “entre-dois”.

Estas ideias me fazem retornar a Didier Anzieu e suas fecundas contribuições a respeito da importância do espelho sonoro na constituição psíquica, algo que sem dúvida, repercute a posteriori na maneira como o indivíduo se posiciona frente ao mundo e às experiências. No espaço da análise, durante o trabalho com pacientes específicos isso se mostra bastante contundente, através das comunicações verbais e não verbais que os pacientes manifestam na transferência e nos períodos de intensa regressão.

Anzieu no texto *O envelope sonoro* nos traz o relato clínico do tratamento de um paciente, Marsias, que ficou em análise durante vários anos. A intenção de Anzieu é mostrar o que ele chama de cura psicanalítica durante as sessões narradas, apesar do forte comprometimento psíquico apresentado pelo paciente. À medida que ele avança em sua narrativa vou encontrando pontos de semelhança entre Marsias, e Francisca, a minha paciente.

A certa altura o autor menciona a dificuldade do paciente para compreender suas intervenções durante a análise e também se refere ao seu funcionamento de “depois de um passo à frente, ele dá dois para trás, ele nega os progressos que faz” (1989, p. 185). Anzieu se confessa decepcionado ao ponto de pensar em desistir do paciente. Isso me faz pensar imediatamente em Francisca, em quantas vezes minha contratransferência, após uma sessão, me fez acreditar que eu havia feito um bom trabalho para logo na sessão seguinte testemunhar a paciente negar seus progressos em palavras e ações.

A análise de Francisca no decorrer dos cinco anos em que permaneceu comigo se realizou no face a face, o que entre outros indicadores, foi me revelando as fissuras de sua constituição do Eu. Assim como o paciente descrito por Anzieu, com o passar do tempo fui percebendo que Francisca vinha para as sessões para ser estimulada a exercitar o seu psiquismo. As sessões com essa paciente eram compostas por elementos para além das palavras como toda a postura e expressão corporal e facial da paciente e do analista também. Depois do fim desse processo analítico e guardando a devida distância necessária ao trabalho que desenvolvemos com pacientes traumatizados consigo enxergar que Francisca não vinha à análise em busca de conquistar sua autonomia. Vinha para ser sustentada, aquecida, acolhida, protegida e colocada em movimento. Era como se necessitasse ser ensinada, nas pequenas coisas, apresentada ao mundo dos objetos e das palavras.

Lembro-me bem quando ela começou a aprender a ler, e comparou esta experiência que “era como ver um pedacinho do mar”. Esta fala da paciente me encheu de entusiasmo e expectativas, assim como no dia em que chegou ao consultório com seus cabelos sempre

grisalhos tingidos de uma tonalidade castanho-avermelhada, o que a deixou com a aparência dez anos mais jovem. Nem todos os elogios em relação as mudanças feitas em sua aparência, nem todos os estímulos feitos por mim na direção de que mantivesse vivo o seu desejo de conquistar o oceano, através de sua alfabetização foram suficientes para dissolver as resistências que a mantinham em um funcionamento de negar os próprios progressos. Ela se agarrava ao que não tinha, ao que ainda não podia conquistar ou ao que nunca havia tido. O mar é belo e grandioso, mas também pode ser profundamente assustador.

Quando alguém lhe dá aquilo que ela não teve em seu início com seus objetos primários ou mesmo aquilo que seu ambiente primordial não lhe ofertou, isso não tem valor, pois era a sua mãe que deveria ter lhe dado, ou ela deveria ter tido isso durante a infância.

Diferente do paciente de Anzieu que possuía uma mãe nutridora, mas que o deixava a maior parte do tempo sob os cuidados mecânicos de uma babá, a história de Francisca nos revela um começo de vida com muitas falhas e privações, sempre marcada pela violência. Lembro-me então de outra passagem de sua análise quando lhe pergunto sobre o relacionamento com sua mãe, já que suas memórias mais primitivas inexistem. Ela me conta da aspereza da mãe para com ela, chamando-a frequentemente de “nega safada” o que logo associo ao que Anzieu (1989, p. 187) nomeia de *banho negativo de palavras*. Terá sido sempre assim? O funcionamento psíquico e as demandas da paciente me fazem crer na positividade da resposta.

Penso que talvez os silêncios de Francisca após algumas das minhas intervenções fossem um sinal de sua incapacidade de compreender o sentido das minhas palavras, embora para ela significasse muito permanecer usufruindo do dispositivo analítico que lhe era ofertado, e também a satisfação que lhe causava a fantasia de se sentir especial, protegida, nutrida, vista e escutada pelo analista ambiente, além da confiança depositada na minha figura real. Para ela o mais importante parecia ser a presença, a companhia viva de alguém interessado nela e no que ela tinha a dizer, além da sensação de vínculo e apego encontrados na análise e com o analista.

Anzieu (1989) menciona que quando a experiência do espelho sonoro se dá de forma traumática nos primórdios da constituição psíquica, seja porque a relação com a voz materna se dá de forma perturbadora, confusa e desagradável, ou mesmo distante ou monocórdica, sem vida, em lugar de ter uma experiência envolvente e organizadora se abre espaço para o

desenvolvimento de patologias narcísicas, psicossomáticas e de adaptação social e intelectual, entre outras possibilidades.

Quando a voz do espelho sonoro, que deveria propiciar o banho melódico e de palavras positivas, se mostra um *espelho sonoro discordante*, ele intervém em detrimento do que o bebê sente, espera ou exprime. Nestes casos podemos supor uma indisponibilidade e desinteresse do ambiente para com o ser nascente.

Outra forma de espelho sonoro potencial em promover patologias é pela sua *inadequação*, quando ora é insuficiente, ora excessivo, passando de um extremo a outro de forma arbitrária e incompreensível para o bebê. Quando a relação se estabelece dessa maneira o bebê percebe as extremas modificações vindas do ambiente como uma forma de violência contra a sua constituição do self, o que nos leva a crer que a repetição e frequência desses micro traumatismos irá prejudicar a continuidade do ser do bebê.

Anzieu (1989) também menciona o *espelho sonoro* que se torna patogênico pela sua *impessoalidade*. Nestes casos o ambiente não orienta o bebê sobre o que ele próprio sente, tampouco sobre o que sua mãe sente por ele, muitas vezes

[...] o bebê se sentirá mal seguro de seu Self se ele for para ela uma máquina de brincar, na qual se introduz um programa. Frequentemente também ela fala para si própria na frente dele, mas não sobre ele, seja com voz alta ou no mutismo da palavra interior, e esse banho de palavras ou de silêncio lhe faz sentir que ele nada é para ela. (ANZIEU, 1989, p. 196).

O espelho sonoro e depois o visual só é estruturante para o Self e depois para o Eu se a mãe exprimir ao mesmo tempo alguma coisa dela e dele, e alguma coisa que diga respeito às primeiras qualidades psíquicas vividas pelo então Self nascente do bebê. Penso sobre as relações mais primitivas que minhas pacientes estabeleceram com os seus ambientes primordiais, e sobre a qualidade dessas primeiras experiências sensoriais. Especialmente no caso de Francisca, esse bebê parece nunca ter encarnado o status de algo significativo para sua mãe. Se houve experiências boas em alguma medida nesse início da paciente é porque, seguindo o fio condutor de suas narrativas, as irmãs do sexo feminino se apoiavam umas nas outras, cuidando e protegendo-se mutuamente dentro do possível.

O contexto sócio ambiental de Francisca era composto desde sempre pela aspereza, aridez e violências emocionais e seu encontro comigo, o tempo que permaneceu em análise

favoreceu a sua descoberta, ou redescoberta, do contraponto àquele mundo hostil em que ela vivia. Seu analista e o espaço da análise se lhe apresentavam como uma conexão com outras possibilidades de ser e existir, de diferenciar-se, desenvolver-se, e quem sabe, tornar-se ela mesma. Mas seria ela capaz de tomar posse disso, desse lugar? No entanto, acredito que Francisca se agarrou, colou-se ao objeto analista à maneira do funcionamento *ocnofílico*, conforme descrito por Balint (1968/2014), apresentando uma extrema adesividade em relação a figura do analista. O processo analítico que deveria ser fonte de estímulo e movimento foi se tornando um lugar para que seu psiquismo se mantivesse estático e estéril, bloqueando grande parte das possibilidades terapêuticas. A essa altura comecei a questionar se as técnicas utilizadas por mim ao longo dos anos em que essa paciente permaneceu em análise, haviam sido a forma de tratamento mais adequada para ela.

Creio verdadeiramente que foi feito, durante o seu período em análise comigo, tudo aquilo que era possível, dentro da ética e das técnicas psicanalíticas disponíveis. Conforme mencionado anteriormente, Francisca apresentou desde o início do tratamento demandas de acolhimento, cuidado e afeto muito primitivos e que por vezes se mostravam insaciáveis. No fim de algumas sessões com ela, eu me sentia como se todas as minhas forças tivessem sido sugadas, o que me fazia pensar que o bebê desamparado, a criança traumatizada dentro daquela mulher que eu havia acolhido em meu consultório, nunca seria satisfeita em suas necessidades. Talvez ela necessitasse de um analista indestrutível, capaz de ser devorado e sobreviver tantas vezes quanto fosse preciso. Há um limite para a sobrevivência do analista com pacientes extremamente difíceis?

Anzieu nos diz o seguinte, a respeito desses pacientes muito traumatizados e com importantes fissuras na sua constituição narcísica:

[...] em caso de carência do ambiente primordial em relação às necessidades do Eu, falta ao sujeito uma suficiente heteroestimulação de algumas das suas funções psíquicas, heteroestimulação que, em caso de um ambiente suficientemente bom, permite, ao contrário, chegar em seguida, pela identificação projetiva, à auto estimulação dessas funções. (ANZIEU, 1989, p.187).

Quando o paciente apresenta esse tipo de carência primordial na sua constituição psíquica o objetivo da análise será fornecer através de modificações adequadas do dispositivo analítico a heteroestimulação necessária para que o indivíduo possa desenvolver capacidade de simbolizar. Porém antes que o paciente desenvolva capacidade para a simbolização será o

analista que fará esse trabalho, toda vez que o paciente se mostrar vazio. O processo analítico também deverá favorecer o aparecimento na transferência das falhas antigas do Self e de constituição do Eu, tornando possível o trabalho de perlaboração dessas falhas.

Anzieu (1989) menciona que esse tipo de paciente chamado por ele de “carente e não neurótico”, ficará sempre insatisfeito com o analista e a psicanálise. No entanto, a aliança simbiótica estabelecida durante o processo entre a parte autêntica do seu self e o analista permitirá que ele reconheça aos poucos e gradualmente, pela repetição na transferência dos estados de insatisfação a percepção dessas falhas que poderão ser percebidas, nomeadas e superadas em condições favoráveis ofertadas pelo ambiente da análise.

O psicanalista húngaro Michael Balint em uma de suas contribuições mais significativas *A falha básica* (1968/2014) tece importantes considerações sobre esse tipo de paciente com necessidades muito primitivas. Assim como Ferenczi e Winnicott, Balint coloca grande ênfase nos aspectos relacionais do trabalho analítico e considera a regressão como um meio de tornar possível a reparação dos danos causados pelos traumatismos muito precoces. Ele nos fala de dois tipos de regressão: a benigna, considerada por ele a verdadeira regressão terapêutica, e a maligna, que aprisiona o indivíduo em um circuito de repetição e demandas insaciáveis impossibilitando-o de ter acesso a simbolização dos traumas.

4.2 A regressão terapêutica: Possibilidades e impasses

O complexo campo da regressão pode ser pensado a partir de diferentes pontos de vista, que foram, à medida que a psicanálise se desenvolveu, se sobrepondo e se complementando no que tange a sua conceituação e importância para a técnica analítica. Retomando brevemente os postulados freudianos, tomamos conhecimento que a regressão a partir de suas observações clínicas possui quatro funções: mecanismo de defesa, fator patogênico, potente forma de resistência e também como um fator essencial da terapia analítica.

Nosso intuito não é fazer uma revisão exaustiva do conceito de regressão, mas discutir alguns de seus aspectos a partir de fenômenos observados durante o tratamento analítico de duas pacientes muito traumatizadas.

Por que esse assunto nos importa? A transferência manifestada pelas duas pacientes trazidas nesta pesquisa, nos informa, entre outras possibilidades, de sua entrada em algum tipo de regressão, que somente a posteriori podemos concluir, a partir daquilo que foi produzido durante as suas análises, como terapêutico em alguma medida.

Ferenczi foi o primeiro psicanalista a identificar o valor terapêutico dos processos de regressão em análise. Antes dele, a regressão era sempre interpretada como uma forma de resistência ao trabalho analítico. Ao desenvolver o conceito de *progressão traumática* Ferenczi compreende que indivíduos que foram forçados a amadurecer precocemente por conta de vivências traumáticas durante a mais tenra infância vão necessitar, em algum ponto de sua trajetória de vida, regredir psicologicamente para que possam vivenciar pela primeira vez, tudo aquilo que lhes foi impedido de ser experienciado no seu devido tempo.

Desde *Thalassa: ensaio sobre a teoria da genitalidade* (1924) que Ferenczi se deteve com mais profundidade sobre os aspectos regressivos do trabalho analítico e da transferência. Nesse importante texto é que ele desenvolve o seu conceito de regressão dos pontos de vista ontogenético e filogenético. O primeiro estaria associado ao desejo de retornar ao ventre materno e às vivências de absoluto prazer e onipotência, o segundo seria o que ele nomeou de *regressão thalássica*, desejo de retornar ao oceano abandonado nos tempos primitivos.

Foi através da observação de seus pacientes traumatizados que não se adaptavam às regras da psicanálise clássica, e percebendo a necessidade de modificar as técnicas terapêuticas utilizadas até então, incluindo a atuação do analista durante seu trabalho, e que ele vai nos sinalizar cada vez mais, a importância dos aspectos terapêuticos da regressão. Na verdade, ele dá grande ênfase a regressão como forma imprescindível de o paciente muito traumatizado ter acesso a oportunidade de simbolização dos traumas vividos e não integrados ao psiquismo. Vejamos o que ele nos diz a respeito:

“A análise deve permitir ao paciente, moral e fisicamente, *the utmost regressions* sem se envergonhar! É somente então, depois que ele (ela) desfrutou durante certo tempo, sem escrúpulos, do *taking everything for nothing*, que o paciente fica em condições de adaptar-se aos fatos, até mesmo de tolerar o sofrimento alheio de um modo maternal (sem esperar algo em troca) (bondade).” (FERENCZI, 1932/1990, p.155)

Primeiro ele usa a expressão *the utmost regressions* (as mais extremas regressões) para indicar a importância de o paciente entrar num estágio de confiança ao ponto de entregar-se a uma espécie de dependência regressiva durante a análise, algo que se aproxima em alguma

medida das ideias desenvolvidas por Winnicott sobre regressão à dependência. Em seguida ele assinala que só depois de desfrutar desse estado em que é possível *taking everything for nothing* (considerar tudo como nada) é que o indivíduo será capaz de prosseguir em seu desenvolvimento psíquico ao ponto de tornar-se capaz de preocupar-se e cuidar de um outro.

Algumas décadas depois, Michael Balint (1968), a partir dos postulados de Ferenczi sobre a regressão, vai desenvolver suas próprias ideias a respeito deste conceito, subdividindo-o em duas formas de fenômenos clínicos, a saber, a *regressão benigna e maligna*.

Sobre essa subdivisão o que podemos resumidamente explicar, neste ponto do trabalho, e que será explicitado mais detidamente logo adiante, é que a regressão benigna é considerada por Balint a verdadeira regressão terapêutica, pois é a expressão saudável de uma necessidade de o paciente “dar um passo atrás” para viver o que ficou “pendente” em sua vida para, finalmente, poder seguir em frente. A regressão maligna, por seu turno, compreende uma força patológica que aprisiona o paciente num circuito de repetição, fixando-o em algum ponto de seu desenvolvimento, de modo mortífero, puxando-o sempre para trás, impedindo-o de elaborar os traumas e evoluir psiquicamente.

Balint (1968) em seu estudo sobre as formas as diferentes formas de regressão terapêutica, se debruça sobre ideias que nos fornecem subsídios para pensarmos clinicamente o que favoreceu ou impossibilitou o acesso a simbolização durante as análises dessas pacientes. Nos orientamos para algumas questões a esse respeito que Balint destaca em seu texto. Entre as principais ele se pergunta se a regressão ocorre sob uma forma ou sob formas variadas e quais seriam elas? Quais os eventos essenciais que ocorrem durante uma fase de regressão e qual o seu significado? Qual a forma mais adequada de manejo para cada uma dessas formas de regressão? Além disso autor quer definir o que irá determinar se uma regressão terá um efeito patogênico ou terapêutico.

Seguindo as ideias de Balint quando faz uso de um caso clínico para ilustrar sua teoria, (1968/2014 pgs. 135-137) tomo a liberdade de lembrar uma passagem da análise de Ayla. Depois de um tempo considerável em análise, a paciente antes de se despedir toca com os dedos o meu queixo, brincando com a minha barba. Tenho ciência dos limites e da reserva que nos são impostos pela ética do nosso trabalho, no entanto, reconheço naquele gesto, para além da transferência, uma atuação. Já mencionei as verbalizações de Ayla sobre a sua percepção de minha voz e seus efeitos sobre ela. Acredito que de acordo com o que já foi relatado

anteriormente, pode-se concluir a partir da fala dessa paciente o manifesto de sua confiança e sentimento de segurança quando está na minha presença.

Retomando a pergunta: o que está sendo atuado? A possibilidade de confiar e sentir-se segura na relação com os seus objetos. Segurança e confiança para expressar sua ternura infantil por uma figura masculina sem correr o risco de ser confundida, mal interpretada, invadida pela paixão adulta. Como seu analista, aceito e permito essa manifestação, compreendendo naquele gesto a manifestação espontânea no campo intersubjetivo da análise, de sua gratidão e afeto que poderia ser destinado a um avô ou um pai amado.

Por outro lado, a paciente Francisca também marcada por eventos traumáticos desde seu começo de vida, traz para a análise demandas infantis de amor, cuidado, segurança e proteção. As vezes consigo divisar a confusão, ou quem sabe seja melhor dizer, a mistura, de demandas infantis vindas de sua história passada e demandas mais adultas, como a transferência erótica que de uma maneira sutil ela deixa entrever em suas palavras. Como exemplo de uma demanda adulta posso relembrar a cena em que ela insiste em me contar uma passagem em que ela costura para uma cliente uma roupa de boneca, mas esquece a calcinha. Ou ainda quando compara o analista a dois atores considerados galãs das novelas televisivas. No entanto, consigo perceber e separar essas duas demandas que as vezes se sobrepõem, mas possuem motivações distintas. Quando Francisca solicita ser sustentada no sentido winnicottiano do termo, assim como Ayla em certo momento e por curto período, por não possuir recursos para bancar o processo de análise, eu recebo, compreendo e aceito o seu apelo, concedendo-lhe um período sem efetuar pagamento até que ela se reorganizasse financeiramente. Esta paciente, no entanto, mesmo considerado o valor simbólico que lhe era cobrado como honorário pelas sessões, sempre manifestava sua impossibilidade de pagar. Além disso, minha contratransferência se manifestava perguntando-me se o calor afetivo das sessões, meu ímpeto em cuidar e proteger Francisca, ressaltadas todas as modificações no setting julgadas necessárias para o manejo clínico com pacientes traumatizados, não estaria fazendo mais mal que bem ao seu processo de análise.

4.3 Balint: Regressão maligna e benigna

Vejam os: Balint apercebeu-se que na variedade de formas de regressão era possível identificar duas formas ou, quem sabe seja melhor dizer, dois tipos de pacientes. Com alguns pacientes ocorre apenas um período, ou alguns poucos períodos de regressão, que se transforma num verdadeiro *novo começo* do qual o paciente emerge do seu mundo primitivo e se sente melhor. Noutros casos parece que nunca são suficientes e, assim que uma das necessidades é satisfeita, é logo substituída por outro desejo ou anseio, igualmente exigente e urgente levando a estados semelhantes aos da toxicomania.

Para distinguir esses dois tipos de regressão, Balint chama-os de maligno e benigno. Na primeira forma de regressão, o alvo é uma gratificação dos anseios pulsionais. O que o paciente procura é um evento externo, uma ação por parte do seu analista. Na outra forma de regressão, benigna, o que o paciente espera é um consentimento tácito de utilizar o mundo externo de uma forma que lhe permita lidar com os seus problemas internos. Embora seja essencial a participação do mundo externo, esta caracteriza-se sobretudo por não interferir, não provocando uma perturbação desnecessária na vida interna do paciente. A forma principal desta participação é o reconhecimento da existência da vida interna do paciente e da sua individualidade. Balint propôs chamar à primeira regressão com finalidade de gratificação e à segunda regressão com finalidade de reconhecimento (Balint, 1968/2014).

A partir dos postulados desenvolvidos por Balint, a regressão pode ter pelo menos duas finalidades: gratificação de uma pulsão e reconhecimento por um objeto. Em outras palavras, pode-se afirmar que um fenômeno intrapsíquico e um fenômeno interpessoal. Para o processo de análise com pacientes muito traumatizados que estejam manifestando estados regressivos, o mais importante são os aspectos interpessoais. Tanto a forma como a profundidade da regressão são resultado de um tipo de relação que se estabelece entre um determinado paciente e o seu analista. O aspecto clínico de uma regressão irá também depender de como a regressão é reconhecida, aceita e respondida pelo analista.

4.4 Algumas considerações sobre o manejo com pacientes muito traumatizados

Como o analista deve proceder quando os pacientes manifestam sintomas de regressão? A resposta a esta questão depende do grau de regressão do paciente. O paciente pode ter uma patologia que o leve a regredir em dado período da análise a uma fase pré-edipiana ou, como Balint a designa, diretamente à fase da *Falha Básica*.

Balint (1968/2014) nos orienta que nas fases de regressão à falha básica as palavras deixavam de ser um meio confiável, pois esse tipo de paciente que não constituiu um ego suficientemente forte para suportar um grau considerável de excitação percebe as interpretações como interferência, crueldade, injustiça, hostilidade, ou algo morto e sem efeito; o silêncio em que por vezes os pacientes se encontram em vez de ser um vazio árido e assustador do qual o paciente deve ser tirado o mais depressa possível, podem significar uma tentativa de restabelecer a harmonia do amor primário que existia entre o indivíduo e o seu ambiente, antes da emergência da entrada no período de relações objetais. quando qualquer interferência poderá destruir essa harmonia; por último, qualquer intrusão por interpretação inevitavelmente destrói a possibilidade de o paciente criar algo por si, no período nomeado por Balint de fase de criação ainda não existe objeto externo. Desde Winnicott, ou mesmo se rastrearmos a sensibilidade clínica e o tato defendido por Ferenczi, temos conhecimento da atitude de não intrusão que o analista, na forma de um ambiente favorável e suficiente bom deve assumir nesses casos.

O analista deve evitar uma abordagem técnica em que tudo é interpretado como transferência, porque isso leva o paciente a ver o terapeuta como um objeto poderoso e inteligente, forçando-o a regressar a um mundo *ocnofílico*, com grandes oportunidades de entrar em um funcionamento de profunda dependência, sem no entanto ter oportunidades para fazer descobertas independentes. Da mesma forma, analista deve evitar proceder como um objeto independente, bem delimitado, permitindo o desenvolvimento de uma espécie de mistura entre o paciente e ele próprio (que deverá funcionar como ambiente).

Nestas fases deve-se permitir que os pacientes se relacionem com o analista como se ele fosse uma substância primária, como a água para o peixe, estar presente para que o paciente o utilize sem muita resistência a ser usado. Deve estar presente e ser indestrutível. Deve evitar tornar-se ou mesmo parecer onipotente aos olhos do paciente. Quanto mais onisciente e onipotente for a conduta do analista, maior será o perigo de uma forma maligna de regressão se estabelecer. O paciente regressivo espera que o terapeuta saiba mais e seja mais poderoso.

Espera que o analista prometa, explicitamente ou pela sua conduta, ajudá-lo a sair da regressão. Quando essa promessa é feita, mesmo com a discreta aparência de uma concordância tácita, irá criar dificuldades.

A técnica proveitosa para Balint é suportar a regressão pelo tempo necessário, sem qualquer tentativa forçada de intervir através de uma interpretação. Esse tempo pode ser apenas por alguns minutos, mas também pode durar um número maior de sessões. Deve-se permitir ao paciente vivenciar uma relação bipessoal que não pode, não precisa e talvez não deva ser expressa por palavras, mas algumas vezes pelo que é habitualmente chamado de atuação ou encenação na situação analítica.

Essas atuações e encenações são manifestas comunicações não verbais dos aspectos inconscientes que seriam devidamente perlaboradas depois que o paciente emergir daquele nível, retornando ao nível edípico, mas nunca antes disso. O analista deve abandonar qualquer tentativa de organizar o material produzido pelo paciente e tolerá-lo para que possa permanecer incoerente, absurdo, não organizado, até que o paciente, depois de voltar ao nível edípico da linguagem convencional, se torne capaz de fornecer ao analista a chave para entendê-lo.

Balint nos diz que “Somos compelidos a reconhecer que os dois fatores terapêuticos mais importantes são a interpretação e a relação” (Balint, 1968/2014, 147). A interpretação tem sido demasiado enfatizada, mas funciona sobretudo com pacientes que se adaptam à psicanálise clássica.

Na análise de pacientes muito traumatizados ou regredidos, os aspectos interpessoais são mais importantes. Quando o trabalho atingiu a área da falha básica, em que a palavra possui uma utilidade limitada e imprecisa, a qualidade da relação terapêutica é mais importante. Nesta fase, as associações seguidas de interpretações não parecem produzir as mudanças necessárias.

A interpretação é sempre verbal, exige compreensão intelectual, raciocínio e um novo insight. Ao contrário do insight, que é resultado de uma interpretação correta, a criação de uma relação adequada é decorrente de uma sensação. Enquanto o insight está relacionado com o ver, a sensação está relacionada com o tato, isto é, com a relação primária ou *ocnofílica*. A ideia de Freud de que a análise deve ser conduzida num estado de abstinência, frustração ou privação baseou-se na teoria das pulsões. Responder de forma positiva às súplicas de um paciente regressivo é provavelmente um erro técnico. Mas atender à necessidade de um paciente para uma relação mais primitiva pode ser uma medida técnica legítima. Mas isto implica abandonar uma psicologia unipessoal, entrando-se numa psicologia bipessoal. O analista pode ver a

regressão ora como uma necessidade de o paciente satisfazer uma pulsão, ora como a necessidade de estabelecer um determinado tipo de relação objetal.

Neste caso (na falha básica/pacientes muito traumatizados ou regredidos), é preciso ajudar o paciente a desenvolver uma relação primitiva, que corresponda ao seu padrão de compulsão a repetir, conservando-a em paz não perturbada até que descubra novas possibilidades de relações objetais, sinta-as e seja por elas sentido. O paciente deve poder regredir até à forma particular de relação objetal que provocou o estado de ciência original, ou mesmo a um estado anterior. Esta é uma pré-condição que deve ser preenchida antes que o paciente possa desistir, inicialmente de maneira um tanto experimental, do seu padrão de compulsão à repetição. Somente depois é que o paciente será capaz de emergir da regressão para o processo que Balint nomeou de novo começo. (Balint, 1968/2014).

4.5 O objeto de amor primitivo e amor primário

O papel do analista deve corresponder ao do objeto de amor primitivo. A menor ambivalência possível, muito pouco ódio, controle sobre as satisfações do próprio analista, estar alerta para responder de forma correta a qualquer necessidade ou pedido do paciente, vigilância para qualquer possível sobre ou sub-estimulação do processo analítico que resultem em inibições e ansiedade, dissolvendo-as com interpretações compreensivas. Nesse sentido o analista deve funcionar como um objeto que está sempre disponível e ao mesmo tempo não espera nada em troca de sua implicação e disponibilidade.

O tratamento pode ser visto como uma oportunidade para criar as condições para que o paciente possa regredir até o estágio do amor primário, e posteriormente a transformação progressiva do amor primário em amor adulto. Devemos ressaltar que o amor das relações de objeto primitivo é onipotente, exigente, instável, e perante uma frustração se transforma em ódio (Balint, 1986/1953, p. 146). O paciente gradualmente se dá conta, compreende e aceita as limitações do terapeuta, sobretudo em relação a si próprio, e renuncia a mudar o analista (Balint, 1986/1953, p. 153).

Inicialmente, Balint pensou que a necessidade de estar próximo do analista, tocar-lhe e agarrar-se a ele era um dos aspectos mais característicos do amor primário. No entanto, mais

tarde ele percebeu que esta necessidade de se agarrar é uma reação do trauma, uma expressão de, e uma defesa contra, o medo do abandono, da solidão e do desamparo. É, portanto, um fenômeno secundário, sendo o seu objetivo a restauração da identidade sujeito-objeto primária através da proximidade e contato. Esta identidade, expressa pela identidade de desejos e interesses entre sujeito e objeto, é o que se chama relação de objeto primária ou amor primário (Balint, 1959, p. 100).

4.6 Balint e o *New Beginning*

A regressão durante o tratamento analítico tem por finalidade estabelecer uma relação objetal que se aproxime da relação primária, propiciando a ocorrência daquilo que Balint chamou de novo começo (*new beginning*). O novo começo significa voltar a algo primitivo, a um ponto anterior ao início do desenvolvimento defeituoso, o que poderia ser descrito como uma regressão e ao mesmo tempo a descoberta de um novo meio, mais adequado, que leva a uma progressão. Uma regressão a favor da progressão que se inicia por uma fase de tensão e desejo de gratificação ou de reconhecimento. O novo começo deve propiciar uma mudança de caráter ou do ego. Balint ressalta que todos os novos começos acontecem na transferência, dentro de uma relação objetal, levando a uma relação modificada com os objetos do paciente e, em consequência, a uma considerável modificação da angústia (Balint 1968/2014, p. 122). O que o paciente experiencia na transferência é que se pode despir de todos os tipos de caráter e armaduras defensivas e sentir que a vida se tornou mais simples e verdadeira. O novo começo revela uma atmosfera de ingenuidade, inocência, simplicidade, inofensiva, insuspeita.

O paciente desiste pouco a pouco das suas formas antigas e automáticas de se relacionar com os outros (suas relações de objeto), de amar e odiar, e faz tentativas tímidas de encontrar novas formas: é isso que Balint chama de Novo Começo. No fundo, velhas formas que na infância foram negligenciadas ou frustradas pelo meio. Esta indiferença ou frustração levou o indivíduo a começar a sua forma neurótica de se relacionar. No ambiente seguro da análise o paciente dentro de um vínculo terapêutico de confiança se torna capaz de desistir das suas defesas e regressar a um estado anterior ao trauma da falha básica, começando a ser capaz de novamente amar e odiar.

Este período de amor objetal primitivo, arcaico, é a fonte da libido que põe em marcha os processos de desenvolvimento humano. Esse é um período em que predomina um desejo primordial de ser amado sem obrigações e sem considerações sobre as expectativas do outro. As formas de amor adulto seriam formações de compromisso entre este desejo e a aceitação da realidade, dos limites e da diferença.

Através da regressão a um estado indiferenciado, alguns pacientes procurariam o “amor primário”, serem amados incondicionalmente sem qualquer obrigação de reciprocidade e a partir daí começar de novo. O novo começo significa a capacidade para uma relação de objeto de confiança, sem suspeitas, de entrega e de relaxada (Balint, 1986/1953).

Os pacientes têm de reaprender, no tratamento, a entregarem-se completamente, entregarem-se ao amor, ao prazer e alegria, da mesma forma destemida e inocente como foram capazes de o fazer na infância. Precisam exercitar, como se fosse pela primeira vez, certas funções instintivas que até agora não podiam ser exercitadas, eram exercitadas com ansiedade, ou sem ansiedade, mas sem prazer (Balint, 1986/1953).

Precisam ser capazes de amar inocentemente, de forma incondicional, como só as crianças são capazes. Para poderem começar algo de novo, é necessário voltar ao ponto em que o desenvolvimento foi interrompido. Balint nos indica que os pacientes tendem a repetir esta fase.

Antes de chegar a este novo começo, os pacientes passam por uma fase paranoide e uma fase depressiva. Balint coloca a hipótese deste amor de objeto arcaico ser a primeira fase pós-natal no desenvolvimento do bebê donde irradiam o narcisismo (se não sou amado pelo mundo, ou da forma que eu quero, tenho de me amar a mim próprio), a depressão e a atitude paranoide. No novo começo, o paciente desiste da atitude paranoide e aceita sem ansiedade uma certa quantidade de depressão como condição inevitável da vida e tem a confiança de que pode emergir desta depressão uma pessoa melhor (Balint, 1986/1953).

A razão para Balint colocar a fase de amor de objeto arcaico antes das fases paranoides e depressiva e não depois, resulta da observação de que elas contêm elementos narcísicos e para Balint o narcisismo é sempre secundário (Balint, 1986/1953, 258). O amor objetal arcaico não contém ansiedades como a fase paranoide e depressiva, apenas uma confiança ingênua e entrega sem desconfiança. E não tem que ser trabalhado para ser ultrapassado, mas apenas assistir ao seu desenvolvimento. É um desejo eterno e arcaico de ser amado, ver/sentir que todas as suas características/aspectos são amados pelo objeto com quem a pessoa não se preocupa, cujos

interesses e sensibilidade não considera, “que está lá quando eu quero, e que não me incomoda depois das minhas necessidades serem satisfeitas” (Balint, 1986/1953, p. 263).

CAPÍTULO 5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho do psicanalista é sempre um imenso desafio. Desde Freud somos confrontados com questões sobre as possibilidades e impasses desse método que se propõe curar os sofrimentos da alma humana. O fazer analítico nos impõe extrema dedicação, quase como um sacerdócio, nos colocando todo o tempo frente a frente com o diferente e o desconhecido.

A proposta inicial deste trabalho foi fazer a partir de uma leitura da minha experiência clínica com pacientes muito traumatizados desvendar em alguma medida as trilhas que se formaram na vida psíquica desses pacientes, possibilitando-lhes a sobrevivência apesar da violência dos traumas vividos. Para esse propósito mergulhamos na pesquisa da teoria do trauma conforme postulada por Ferenczi e Winnicott, assim como as formas de tratamento indicadas por esses dois autores. No caminho fomos encontrando algumas novas contribuições que possibilitaram ampliar o nosso horizonte quanto as novas técnicas engendradas no tratamento desse tipo de paciente.

A regressão em análise é um recurso terapêutico proposto tanto por Winnicott como por Ferenczi, cada um à sua maneira, enquanto um retorno estratégico à situação original e bem-sucedida dos momentos mais primitivos do desenvolvimento. Para ambos, a justificativa quanto ao uso dessa ferramenta está no fato de que ela permite ao analisando a possibilidade de voltar a se desenvolver a partir dos pontos que ficaram congelados em decorrência de experiências traumáticas defensivas.

Dessas considerações, compreendemos que Ferenczi inaugura uma perspectiva clínica cuja técnica visa validar as ações espontâneas dos pacientes e a revivescência de suas tendências originais, no aqui agora, postas em ação dentro da dinâmica transferencial com o analista. A manutenção de um setting planejado para tolerar as regressões aos estados infantis de dependência dos pacientes e, inclusive, acolher os estados afetivos que antes eram vividos de forma dissociada é uma posituação da regressão em análise como ferramenta terapêutica eficiente, viabilizada pelo uso da empatia do analista, que, ativamente, evita ser ativo – atitude paradoxal cujo resultado é a manutenção de uma postura capaz tanto de resistir, como de consentir e aceitar servir de sustentação para o paciente.

Percebemos nas considerações de Winnicott sobre o gesto criativo um modo pelo qual tais modalidades de relação empáticas podem se desenvolver. Dito de outro modo, a ideia winnicottiana em questão constitui a direção do tratamento, marcada pelo abandono de uma perspectiva mecânica do mesmo, ou, como diria Winnicott a esse respeito:

Num contexto profissional, dado o comportamento profissional apropriado, pode ser que o doente encontre uma solução pessoal para problemas complexos da vida emocional e das relações interpessoais; o que fizemos não foi aplicar um tratamento, mas facilitar o crescimento. (WINNICOTT, 1986/1999, p. 113-114).

É a emergência do abandono, efetivamente, o que causará a “confusão de língua” entre os adultos e a criança, obrigando a criança desamparada a se haver com o enigma aprisionador da culpa transmitido pela linguagem da paixão própria dos adultos martirizados.

Como efeito desse abandono, e por não poder prescindir do amor do agressor (que por sua vez é objeto privilegiado de amor da criança), a solução psíquica encontrada é a incorporação do agressor bem como o seu sentimento de culpa enigmático, que dá origem a uma clivagem através da qual a criança busca proteger a si mesma. Ferenczi escreve:

Tem-se nitidamente a impressão de que o abandono acarreta uma clivagem da personalidade. Uma parte da sua própria pessoa começa a desempenhar o papel de mãe ou do pai com a outra parte, e assim torna o abandono nulo e sem efeito.

No entanto, o resultado produzido é o de uma cisão no qual a parte sensível se encontra brutalmente destruída enquanto a outra parte “sabe tudo, mas nada sente”.

O que está assim indicado é a contrapartida para a dor provocada pelo abandono traumático é a produção de uma dessensibilização anestesiante, obtida por meio de um eficaz procedimento de autoabandono da parte sensível de si mesmo. O sonho do bebê sábio, no qual um recém-nascido dispõe surpreendentemente do uso da linguagem e sabedoria capaz de aconselhar os adultos ao seu redor, é inspiração e ao mesmo tempo a ilustração para essa complexa operação metapsicológica.

Esse amadurecimento precoce, forçado, à maneira de um fruto que bicado por uma ave amadurece muito antes do tempo devido, cobra o preço da insensibilidade como parte do comprometimento que impedirá o sujeito de entrar em contato com as próprias emoções e

expressá-las, o que pouco a pouco vai produzir uma desvitalização ao ponto de nos casos mais graves, levá-lo a perder a vontade de viver.

Nesse sentido Ferenczi propõe tornar a técnica mais elástica de maneira a favorecer a expressão afetiva. A contrapartida à elasticidade da técnica foi uma exigência de maior “tato” e disponibilidade afetiva do psicanalista, convocado ao exercício de afetação mútua proposto pela experiência clínica tal qual um “joão teimoso”, apto a acolher as manifestações de amor e, sobretudo, de ódio, de seus analisandos.

O privilégio dado a expressão dos afetos na análise provocou, assim uma ampliação cada vez maior dos limites do permitido na clínica, chegando-se à formulação de um princípio de relaxamento, uma espécie de *laissez-faire*, como contraponto à abstinência. Na experiência do *laissez-faire*, os analisandos tinham acesso a estados bastante regredidos nos quais, paralelamente às revivências traumáticas, suas manifestações afetivas e linguageiras assumiam um colorido fortemente infantilizado assemelhando-se as das crianças.

Vai se configurando a *clínica do sensível* a partir da percepção que Ferenczi tem desse devir criança revelado no curso do tratamento de seus pacientes adultos, e que vai abrir caminho para o seu estilo clínico original: a análise de crianças em adultos, ou análise por meio do jogo (*Spiel*, que também pode ser traduzido por brincadeira) que dá privilegio à expressão e ao encontro de afetos para a produção de sentido.

Podemos aqui ver de maneira germinal ideias que Winnicott colocará em evidência na sua teoria e prática clínica décadas depois. A espontaneidade do encontro das subjetividades do analista e do analisando, favorecendo o resgate da criatividade e consequentemente da reinvenção do viver para subjetividades enrijecidas e comprometidas em sua capacidade de brincar, fantasiar, imaginar.

Ouçamos a voz de Winnicott em O brincar e a realidade: “A psicoterapia se efetua na sobreposição de duas áreas do brincar, a do paciente e do terapeuta. A psicoterapia trata de duas pessoas que brincam juntas”.

Acreditamos que Ferenczi, um autor que trabalhou a questão no seu artigo “Transferência e introjeção” (1909/1988), possa acrescentar elementos para a nossa análise. nesse texto, ele concebe o analista como catalisador de afetos, expressão que se refere ao movimento que surge na transferência. Essa concepção é extremamente pertinente para pensarmos o tratamento desses pacientes, para os quais o analista tem uma função de catalisador

dos sentidos dos quais o objeto é portador. O analista seria, na concepção de Ferenczi, um *possibilitador* da introjeção. Ele catalisaria a força do sentido absoluto referido ao objeto, ampliando os muitos sentidos possíveis. A função do analista, nesses casos, é abrir para o paciente as possibilidades polissêmicas, apontando para a parcialidade, visando reescrever sua história. O catalisador não é propriamente uma função transferencial, mas uma função do analista. É um *possibilitador* da introjeção que tem como suporte o movimento transferencial e a função de testemunha da invenção de si. Quando esses pacientes chegam à análise, o propósito que se impõe imediatamente é a composição narcísica a partir do preenchimento da unidade subjetiva por atributos.

Ferenczi, ao criticar a fria autoridade do analista e enaltecer a sinceridade e a confiança, aponta para uma divisão, dentro da própria psicanálise, entre dois subtipos de transferência: uma sustentada pela autoridade do analista e outra, pela confiança que o paciente neste deposita. Como Ferenczi tem em mente os pacientes traumatizados, ele descarta a eficácia do modelo clínico baseado nesse distanciamento do analista e nessa assimetria calcada na autoridade que, sabemos, é bem interessante no atendimento de alguns neuróticos. Já que os pacientes atendidos pela nossa pesquisa se assemelham em diversos pontos aos pacientes de Ferenczi, vamos segui-lo na escolha por uma confiabilidade do analista. A construção do setting como ambiente confiável e do analista como confiável condiciona todo o trabalho analítico. Antes de tudo, é preciso que o analista esteja disponível e ele pode ser testado em sua disponibilidade.

A regressão corresponde ao aparecimento de formas primitivas de conduta, depois de já estabelecidas formas mais maduras. Existem muitas expressões da regressão, mas podem-se identificar, segundo Balint, dois tipos: uma regressão com a finalidade de gratificação e uma regressão com a finalidade de reconhecimento.

A natureza da regressão é determinada pelo caráter do paciente, a sua estrutura egóica e a sua doença. Mas também depende da resposta do analista ao paciente em regressão, isto é, da sua contratransferência.

Em algumas análises não ocorrem períodos de regressão prolongada. Noutros casos só não ocorre se o terapeuta a impedir, nomeadamente por um estilo mais interativo. Portanto, o estilo relacional do psicanalista tem um impacto sobre o que ocorre na sessão, nomeadamente a regressão. Uma questão relevante é se um estilo mais interativo previne a ocorrência de regressão e simultaneamente de material pré-edipiano. O modelo ou modelos teóricos que o terapeuta integrou e influenciam as suas crenças sobre o que funciona terapeuticamente também

influenciam a ocorrência de regressão. A regressão é relacional. Mesmo que o analista tenha um papel na regressão, ela depende em primeiro lugar da patologia do paciente.

As ideias de regressão para Winnicott supõem regredir a um estado de indiferenciação com o analista, criando a situação de narcisismo primário e fazendo um novo início. Os pacientes que não tiveram cuidados suficientemente bons numa fase precoce tendem a regredir a fases iniciais e aos processos de desenvolvimento iniciais. Com estes pacientes é mais importante o manejo do setting do que a interpretação. Neste manejo têm importância especial as falhas do analista e a forma como paciente e analista reagem a essas falhas. A forma autêntica como o paciente protesta com as falhas o analista pode permitir-lhe progredir, refazendo o desenvolvimento a partir da falha.

A preocupação excessiva de Freud e da Psicanálise Clássica com os riscos da regressão maligna impediu uma compreensão mais precoce da característica relacional da Psicanálise. A investigação de Ferenczi sobre a contratransferência ficou congelada por várias décadas. A psicanálise relacional, através de Bromberg veio salientar a necessidade da confiança do paciente para se permitir regredir. Só relacionando-se diretamente com a criança quando o adulto está regredido e em intensos *enactments* se consegue ter contacto com as partes dissociadas da personalidade e voltar a ligá-las.

Há um pressuposto tanto em Balint como em Winnicott e Bromberg que é necessário voltar ao ponto onde o desenvolvimento foi interrompido. Tanto Balint como Winnicott acreditam num congelamento no momento da falha e na necessidade de regredir ao ponto da falha para em condições especiais recomeçar de novo. Balint parece ter criado as bases e os princípios que Winnicott desenvolveu e descreveu extraordinariamente e Bromberg adaptou à psicanálise relacional.

REFERÊNCIAS ¹¹

ABRAM, J. A. **Linguagem de Winnicott**: dicionário das palavras e expressões utilizadas por D.W. Winnicott. Rio de Janeiro: 2000. 305 p.

ANZIEU, D. **O envelope sonoro**. In: O Eu-pele. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989. pp. 181-199.

BALINT, M. (1959). **Trills and regressions**. London: Mares eld Library.^[1]^[SEP] Balint, M. (1986). On love and hate. In M. Balint, M. (1986/1953). Primary love and psycho-analytic technique. (pp. 141-157) New York: Liveright Publishing Corporation. Obra original publicada em 1951.^[1]^[SEP]

BALINT, M. (1986). **Character analysis and new begining**. In: _____. (1986/1953). Primary love and psycho-analytic technique. (pp.159-173) New York: Liveright Publishing Corporation. Obra original publicada em 1932.^[1]^[SEP]

_____. (1986). **Early developmental states of the ego. Primary objeto-love**. In: _____. (1986/1953). Primary love and psycho-analytic technique. (pp.90-108) New York: Liveright Publishing Corporation. Obra original publicada em 1937.

_____. (1986). **The new beginning and the paranoid and the depressive syndromes**. In: _____. (1986/1953). Primary love and psycho-analytic technique. (pp. 244-265) New York: Liveright Publishing Corporation. Obra original publicada em 1952.^[1]^[SEP]

BALINT, M. (1993/1968). **A falha básica**. Aspectos terapêuticos da regressão. Porto Alegre: Artes Médicas.^[1]^[SEP]

BOLLAS, C. (2013). **Catch them before they fall. The psychoanalysis of breakdown**. London: Routledge.

BRASIL. **Resolução Nº 510**, de 07 de abril de 2016. Homologa a Resolução CNS no 510, de 07 de abril de 2016, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991. Diário Oficial da União nº 98, terça-feira, 24 de maio de 2016 - seção 1, páginas 44-

¹¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR 6023).

46 Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2018.

BOMBERG, P. (1998). **Interpersonal psychoanalysis and regression**. In P. Bromberg (Au) Standing in the spaces. Essays in clinical process trauma & dissociation. (31-38) New York: Psychology Press. (publicação original em 1979)^{[1][2]}

_____. **On knowing one's patient inside out. the aesthetics of unconscious communication**. In P. Bromberg (Au) Standing in the spaces. Essays in clinical process trauma & dissociation. (127-146) New York: Psychology Press. (publicação original em 1991).

BULFINCH, T. (2002) O livro de Ouro da Mitologia: Histórias de Deuses e Heróis. Rio de Janeiro: Ediouro.

BUSNEL, M. C. **A linguagem dos bebês: sabemos escutá-los?** Editora Escuta, São Paulo, 1997.

BUSNEL, M. C.; MELGAÇO, R. G. **O bebê e as palavras - uma visão transdisciplinar sobre o bebê**. Instituto Langage, 2013.

BUSNEL, M. C., YASAKU, S., & CUNHA, I. (2002). **Relação mãe-feto: Visão atual das neurociências**. São Paulo: Casa do Psicólogo.

BUSNEL, M. C.; HERON, A. **O desenvolvimento da sensorialidade fetal**. In: O bebê e seus intérpretes: clínica e pesquisa. (Marie Christine Lasnik e David Cohen – organizadores) Instituto Langage. São Paulo, 2011. Págs. 23-34.

CINTRA, E.M.U. & FIGUEREDO, L.C. (2004). **Melanie Klein, estilo e pensamento**. São Paulo: Escuta.

CINTRA, E. M. U. O projeto iluminista kleiniano: tornar visível o invisível, In: CINTRA, E. M. U.; RIBEIRO, M.F.R. **Por que Klein?** São Paulo: Zagodoni, 2018. 204 p.

CROMBERG, R. U. **Cena incestuosa: Abuso e violência sexual**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. 275 p.

COELHO JR., N. E. As origens da noção de terceiridade em Green e Ogden. In: CANDI, T.S. (Org). **Diálogos Psicanalíticos Contemporâneos: O representável e o irrepresentável em André Green e Thomas H. Ogden.** São Paulo: Escuta, 2015. p.235-274.

DAL MOLIN, E. C. **O terceiro tempo do trauma** – Freud e Ferenczi e o desenho de um conceito. São Paulo: Perspectiva, Fapesp, 2016.

FERENCZI, S. (1913) O desenvolvimento do sentido de realidade e seus estágios. In: _____. **Obras Completas: Psicanálise II.** São Paulo: Martins Fontes, 2011. pp.45-62.

_____. (1928) A adaptação da família a criança. In: _____. **Obras Completas: Psicanálise IV.** São Paulo: Martins Fontes, 2011. pp. 1-13.

_____. (1928) Elasticidade da técnica psicanalítica. **Obras Completas: Psicanálise IV.** São Paulo: Martins Fontes, 2011. pp. 29-42.

_____. (1929) A criança mal acolhida e sua pulsão de morte. In: _____. **Obras Completas: Psicanálise IV.** São Paulo: Martins Fontes, 2011. pp. 55-60.

_____. Princípio de relaxamento e neocatarse. In: _____. **Obras Completas: Psicanálise IV.** São Paulo: Martins Fontes, 2011. pp.61-78

_____. Análise de crianças com adultos. In: _____. **Obras Completas: Psicanálise IV.** São Paulo: Martins Fontes, 2011. pp. 79-96.

_____. Confusão de língua. (1933/2011) In: _____. **Obras Completas: Psicanálise IV.** São Paulo: Martins Fontes, 1992. pp. 97-106. p.111-135.

_____. **Diário Clínico.** (1932). São Paulo: Martins Fontes, 1990. 374 p.

FIGUEIREDO, L. C. A tradição ferencziana de Donald Winnicott: Apontamentos sobre regressão e regressão terapêutica. **Rev. Bras. Psicanál.**, v.36, n.4, p.909-927, 2002.

_____. (2017) A matriz ferencziana de adoecimento psíquico e seus ecos: Balint e Winnicott. **Rev. Bras. Psicanál.**, 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. 2018.

_____. A metapsicologia do cuidado. **Psyche** (Sao Paulo) v.11 n.21, São Paulo dez. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382007000200002>. Acesso em: 02 mar. 2018.

FREUD, S. (1909-1910). Observações sobre um caso de neurose obsessiva (O homem dos ratos). In: _____. **Obras completas.**, vol.9. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2013. p.13-112.

_____. (1911). Formulações sobre os dois princípios do funcionamento psíquico. In: _____. **Obras completas.**, vol.10. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p.108-121.

_____. (1895) Proyecto de psicología. In: _____. **Obras completas.**, vol 1, p.323-446. Buenos Aires: Amorrortu, 1986. (Trabalho original publicado em 1950).

_____. (1896) La etiología de la histeria. In: _____. **Obras completas.**, vol 3, p.185-218. Buenos Aires: Amorrortu. (Trabalho original publicado em 1896).

_____. (1896) Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicoses de defensa. In: _____. **Obras completas.**, vol 3, p. 157-184. Buenos Aires: Amorrortu. (Trabalho original publicado em 1896).

_____. (1896) Fragmentos de la correspondencia con Fliess. Carta 69, 21 de setiembre de 1897, vol 1, p. 301-302. Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu.

FULGENCIO, L. **Por que Winnicott?** São Paulo: Zagodoni, 2016.

GRATIER, M. As formas da voz: O estudo da prosódia na comunicação vocal mãe-bebê. In: O bebê e seus interpretes: clínica e pesquisa. (Marie Christine Lasnik e David Cohen – organizadores) Instituto Langage. São Paulo, 2011. Págs. 79-83

HOLANDA, A.B. **Dicionário online de português.** Disponível em: <<https://www.dicio.com.br/aurelio-2/>>. Acesso em:

KAHTUNI, H. C. O terapeuta/mãe, o paciente/bebê e os cuidados requeridos. **Psychê**, v. 9, n. 16, p. 197-212, 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382005000200013>. Acesso em: 13 mar. 2018.

_____. O engano da analista e seus desdobramentos. **Psicologia Revista**, v. 15, n. 1, p. 77-108, 2006. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/18097>>. Acesso em: 30 abr. 2017.

_____. **Dicionário do Pensamento de Sándor Ferenczi**: contribuição a clínica psicanalítica contemporânea. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. 320 p.

KUPERMANN, D. A via do sensível da elaboração. Caminhos da clínica psicanalítica. **Cad. Psicanál.**- CPRJ, ano 32, n. 23, p. 31-45, 2010, Rio de Janeiro. Disponível em: http://www.cprj.com.br/imagenscadernos/caderno23_pdf/07-A%20VIA%20SENSIVEL_DANIEL%20KUPERMAN.pdf>. Acesso em: 27 set. 2018.

LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J. B. **Vocabulário de Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

LASNIK, M. C. **Linguagem e comunicação do bebê de zero aos três meses**. In: LASNIK, M.C.; COHEN, C. (Orgs.). O bebê e seus intérpretes: clínica e pesquisa. São Paulo: Instituto Langage, 2011, pp. 93-100.

LEJARRAGA, A. L. Clínica do trauma em Ferenczi e Winnicott. In: _____. **Sexualidade Infantil e Intimidade**: diálogos winnicottianos. Rio de Janeiro: Garamond, 2015. p.123-151.

_____. Reflexões sobre a noção winnicottiana de necessidades egoicas. In: _____. **Sexualidade Infantil e Intimidade** – diálogos winnicottianos. Rio de Janeiro: Garamond, 2015.

OGDEN, T. H. O medo do colapso e a vida não vivida. In: **Livro Anual de Psicanálise**. XXX-I, 77-93, 2016. Tradução Estevam Vaz de Lima.

_____. **A matriz da mente**: relações objetais e diálogo psicanalítico. São Paulo: Karnac, 2015. 218 p.

PINHEIRO, M. T. **Ferenczi**: do grito a palavra. Rio de Janeiro: UFRJ, 2012. 132 p.

PONTALIS, J. B. O nascimento e o reconhecimento do self. In: _____. **Entre o sonho e a dor**. São Paulo: Ideias e Letras, 2005. p.169-171.

SABOURIN, P. **Ferenczi**: paladino e grão-vizir. São Paulo: Martins Fontes, 1988. 228 p.

SANCHES, G. P. **A psicanálise pode ser diferente**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. 168 p.

STYRON, W. **Perto das Trevas**. 2 ed. São Paulo: Rocco, 2000. 92 p.

VIEIRA, M. R. J. (2014) **Oscar Wilde e Dorian Gray**: sobre a experiência da perda, da dor e do luto. 2014, 154 f. Dissertação (mestrado em Psicologia Clínica). Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2014. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/15380/1/Marcus%20Rodrigues%20Jacobina%20Vieira.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2017.

VIEIRA, M. R. J.; CINTRA, E. M. U. O espelho partido de Oscar Wilde. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v.18, n.4, p.758-770, dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v18n4/1415-4714-rlpf-18-4-0758.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2016.

WINNICOTT, D. W. (1954). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto analítico. In: **Da pediatria a psicanálise** - obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 374-392.

_____. (1952) Psicoses e cuidados maternos. In: _____. **Textos selecionados**: Da pediatria a psicanálise - obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000. 455 p.

_____. (1958). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do *setting* analítico. In: _____. **Textos selecionados**: Da Pediatria à Psicanálise – obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p.374-392.

_____. Teoria do relacionamento paterno infantil. In: _____. **O ambiente e os processos de maturação** – estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed, 1960. p. 38-54.

_____. (1967). O conceito da regressão clínica comparado com o de organização defensiva. In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (Orgs.). **Explorações Psicanalíticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007. p.151-156.

_____. (1962) A criança de cinco anos. In: _____. **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____. (1962). A integração do ego no desenvolvimento da criança. In: _____. **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes, 2005. p.55-61.

_____. (1963). Da dependência a independência no desenvolvimento do indivíduo. **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes, 2005. p.79-87.

_____. (1965). A integração do ego no desenvolvimento da criança. In: _____. **O ambiente e os processos de maturação** – estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed, 1983. p.55-61.

_____. (1966) A criança no grupo familiar. In: _____. **Tudo começa em casa**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____. (1970) Vivendo de modo criativo. In: _____. **Tudo começa em casa**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____. Medo do colapso. In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (Orgs.). **Explorações Psicanalíticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p.70-76.

_____. A Psicologia da Loucura: Uma contribuição da Psicanálise, In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (Orgs.). **Explorações Psicanalíticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p.94-101.

_____. (1990) **A natureza humana**. Rio de Janeiro: Imago, 2000. 222 p.

_____. Provisão para a criança na saúde e na crise. In: _____. **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 62-69.

_____. A capacidade de estar só. In: _____. **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 31-37.