

Entre ilusão e desilusão na clínica

O colapso e a sua travessia

Daniel Delouya,¹ São Paulo

Resumo: O autor discute a questão da ilusão e da desilusão na clínica psicanalítica à luz das contribuições sobre o trauma nas neuroses de destino – tema elaborado por Freud em *Além do princípio do prazer* – e sua relação com “O medo do colapso”, trabalho póstumo de D. W. Winnicott. Muitas vezes, as desilusões na clínica são decorrentes da travessia pelo colapso, que remonta às experiências vividas junto aos objetos de origem. Como ilustração, o autor apresenta e discute material clínico, de sua clínica e da de outros, extraído da literatura psicanalítica.

Palavras-chave: trauma, o não acontecido, medo do colapso, compulsão à repetição

*Os desejos sustentam os sonhos.
Mas a morte, ela está no lado do despertar.*

JACQUES LACAN

Por que falar de *desilusões* na clínica psicanalítica, e não de falhas e fracassos devido à inaptidão ou à impossibilidade de eliminar distúrbios do aparelho psíquico? Parece-me que a palavra *desilusão* é a mais precisa, já que nosso “funcionamento” está atrelado ao universo da ilusão como parte intrínseca da realidade psíquica (Freud e Winnicott).² Em 1895, no “Projeto de uma psicologia”, Freud já enunciava que a realidade é uma questão de um *acreditar*, de fé e aposta. A célula básica da vida psíquica é o desejo, constituído no bebê pelo trabalho do adulto, pela transformação de exigências vitais em pulsões e desejos que almejam a realização. Nesse processo, a espera, a esperança e os seus tropeços (ilusões e desilusões) se embrenham nos afetos e pensamentos do sujeito. Quando a ilusão, que resulta do trabalho do objeto sobre o desamparo originário, se revela precária, ela põe o sujeito sob ameaça de colapso. Quando a ilusão é desmantelada, surgem a perda da fé, o desespero e a agonia, configurando a desilusão. A responsabilidade recai, nesse contexto, sobre a dificuldade em reverter os efeitos do trauma, que imanta a vida do paciente

1 Membro efetivo com funções didáticas da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo (SBPSP).

2 Cf. Delouya (2021), em que mostro como a concepção de ilusão em Winnicott está ancorada em Freud.

de uma neurose de destino, marcada pela repetição de sua má sorte ou da agonia diante do medo iminente de um colapso. Aqui aproximo, de um lado, as formulações de Freud, em *Além do princípio do prazer* (1920/2010a), sobre as neuroses de destino e, de outro, as descrições de Winnicott (1963/1989b, 1965/1989c) sobre o medo do colapso e as agonias primitivas, presentes em dois trabalhos póstumos. Winnicott amplia a lógica do mal do destino (Freud) para um espectro mais vasto de sofrimentos, descrevendo e aprofundando-se nas causas que impregnam o ambiente de origem.³ Embora o trauma costume ser associado à irrupção de limites e a efeitos intrusivos, estes se devem à sua origem negativa: *algo que deixou de acontecer*, que não foi experienciado. Lugar de abandono que remete à ausência de objeto em sua função ética (Lacan) – função de testemunho, de validação, de doação de palavras e de vida.⁴

Quando se refere às neuroses de destino, Freud afirma: “Nelas dá-se a impressão de um destino que persegue a pessoa, de *um traço demoníaco em seu viver*” (1920/2010a, p. 181, grifo nosso). Ele ilustra isso com uma história dramática:

A mais comovente expressão poética desse traço de caráter foi feita por Tasso, na epopeia romântica *Jerusalém libertada*. Tancredo, o herói, matou sua amada Clorinda sem o saber, pois ela o combateu vestindo a armadura de um cavaleiro inimigo. Após o enterro, ele entra numa sinistra floresta mágica. ... Ali ele golpeia uma grande árvore com sua espada, mas da ferida da árvore corre sangue e ouve-se a voz da Clorinda, cuja alma fora aprisionada ..., acusando-o de novamente haver golpeado a sua amada. (pp. 182-183)

Freud fala de algo comovente, mas não o liga à ferida nem ao grito da amada. Na obra citada, lê-se: “Embora gelado de horror, com o segundo golpe ele a atingiu, e então decidiu olhar” (citado por Caruth, 1996, p. 1).⁵ Eis o grito, o horror e o olhar, por meio dos quais Winnicott foi mais longe quanto às exigências éticas impostas ao analista.

Não obstante, é Lacan (1964/1985) quem cria, no mesmo período, a ponte entre as neuroses traumáticas – e as de destino – e o lugar do analista. Ele evoca a abertura do capítulo 7 de *A interpretação dos sonhos*, com o sonho de um pai que acabou de perder o filho e se retira para dormir no quarto

3 O autor pleiteia aqui algo novo, porém já esboçado muito antes, em “A defesa maníaca” (1935/1958).

4 Dois trabalhos me serviram de inspiração: o fascinante livro *Unclaimed experience* [A experiência não reivindicada] (1996), da literata Cathy Caruth, que articula Freud e Lacan em torno do trauma, e a partir dela “The ‘voice’ of breakdown” [A “voz” do colapso] (2016), de Ofra Eshel, provendo-me diretrizes de relatos de análise que eu já conhecia.

5 No original: “Though chilled with horror, with a second blow, he struck it, and decided then to look”.

adjacente à sala onde o corpo é velado à luz de velas, sob a guarda de um senhor que recita preces. O guarda adormece, não percebendo que uma vela cai sobre o corpo encoberto do menino. As chamas estimulam o sonho no pai, em que o menino suplica: “Pai, você não está vendo que estou queimando?” – o que o faz despertar e correr para a sala. Freud se mostra perplexo diante do desejo, que nesse caso é manifesto, de prorrogar a vida do menino, assim como da realização do desejo de prolongar o sono diante do estímulo sensorial. Lacan, ao contrário, centra-se na *compulsão à repetição* do momento traumático da febre que culminou na morte do menino – momento em que o pai não estava presente ou não ofereceu nenhuma saída. Por isso, a voz (o grito de apelo) volta: “Pai, você não está vendo que estou queimando?”, convocando o pai, acordando-o, para sua obrigação ética de estar presente – função na qual ele falhou inicialmente. O pai não estava lá, e agora tem uma segunda chance de despertar para a penúria do menino e se identificar com o seu desamparo – algo que lhe escapou de início. Freud ressalta que muitos dentre os ouvintes desse sonho tendem a “adotá-lo” em seus próprios sonhos. (Por que será?)

A semelhança com o texto de Winnicott não poderia ser mais notável: o colapso, o trauma, aconteceu, mas não houve um sujeito capaz de assumi-lo e vivê-lo. A repetição é *a reivindicação de uma experiência* (Caruth, 1996) – poder vivê-la – e assim permitir seguir vivendo. Para que tivesse havido alguém capaz de atravessar o colapso, teria sido preciso que um adulto provesse ao bebê “notícias de si” (Freud, 1950[1895]/1995), ou seja, que nomeasse, validasse e testemunhasse aquilo pelo qual o recém-chegado estava passando. Isso permitiria introjetar e transformar os sentimentos em algo próprio, em um viver seu. É essa a função de *para-excitação* do objeto sobre a qual Freud se detém no texto de 1920: não é possível impedir as excitações, sobretudo as que vêm de dentro, mas é possível amortecê-las e domesticá-las pelas palavras e pelo corpo acolhedor, dotando essa violência de “imagens de movimentos” (Freud, 1950[1895]/1995) das quais o bebê vai se apropriando. Segundo Winnicott, essa função se superpõe às três “tarefas” do ambiente: sustentar (holding), conter e manejar (handling) e apresentar os objetos. Na falha do ambiente em provê-las, surge o medo do colapso – um medo que não cessa de se anunciar.

O trauma da segunda tópica freudiana – seja de guerra, de acidente de trens e aviões ou de destino – remete sempre a algo que ocorreu, *mas que não aconteceu para o sujeito*. Os sintomas tardios, que se impõem sob a forma de pesadelos do próprio acidente, inibições e agonias diante de seu retorno como destino malogrado e medo do colapso, são repetições de algo que, inicialmente, não compareceu – na cena originária junto ao outro – como experiência passível de reivindicação. Foi o adulto que falhou ao não trazer à luz a reivindicação do reconhecimento da experiência de apuro pela qual o bebê passa.

O trauma, entendido como resultado da ausência do objeto e de sua função – de reconhecimento, de dar lugar ao sujeito e de lhe propiciar uma morada, estabelecendo um si e seus desejos –, ganha ênfase em Freud a partir de 1920 e se estende pelos textos dos anos 30, sobretudo em *Moisés e o monoteísmo*. No entanto, foi Ferenczi quem restaurou o eixo constitutivo do sujeito em relação ao trabalho do adulto, ao frisar que a falha em prover à criança “notícias de si” – ou seja, imagens ternas de seu próprio movimento – equivale a desmentir, invalidar e recusar suas vivências. Esse desmentido acarreta, no vindouro sujeito, um modo de sobrevivência baseado na dissociação e na cisão, levando a criança a conluir com a violência do adulto (pela ignorância deste quanto à criança enquanto criança), abdicando de sua própria vivência e rechaçando-a.

Antes de adentrar a desilusão propriamente dita da situação analítica – em que o *estar com* (Ferenczi) e *uníssonos/at-one-ment* (Bion) com o paciente não foi suficiente para lidar com o trauma –, gostaria de ilustrar o negativo do trauma: o que deixou de acontecer.

Na abertura do livro *Bearing witness to witness* [Dar testemunho às testemunhas] (2018), a psicanalista Dana Amir conta de um pesadelo que sua avó teve durante muitos anos. A avó era a filha mais nova de uma família inteiramente exterminada na Shoá (Holocausto). Por muito tempo, sonhou com um de seus irmãos, o mais amado, sempre o mesmo sonho: eles sobem juntos no trem que, ao que tudo indica, os levaria para Auschwitz; de repente, o trem para, e ela salta dele, pensando que o irmão estaria logo atrás; no entanto, um instante depois, percebe que ele ficou no vagão.

Na realidade, a avó emigrou para Israel um pouco antes de a guerra começar, e a cena do sonho nunca aconteceu. O irmão foi morto na rua de sua casa, em Lvov, Polônia, por um soldado alemão, pouco antes de o resto da família ser enviada para os campos de extermínio. O sonho se repetiu durante anos. Antes de falecer, ela contou à neta que voltou a ter o mesmo sonho, mas dessa vez houve uma mudança: ela sobe no trem com o irmão, mas não pula e permanece com ele até o fim.

Dana pensou que essa mudança anunciava a morte da avó, já que alterou o desejo de que o irmão a seguisse em direção à vida para o desejo de segui-lo rumo à morte. Acrescenta, porém, que essa alteração se deve também à tentativa de anular seu despertar do sonho, pois ela sempre acordava no momento em que percebia a perda da oportunidade de viver o momento traumático. Inicialmente, Dana pensava que o desejo da avó era de que o irmão pulasse com ela do trem. Mas depois percebeu que havia também o desejo da avó de retornar ao trem para reviver o momento que perdeu: o da permanência do irmão nele. Nesse sentido, o sonho é um testemunho do instante em que ela deu as costas ao acontecimento mortal, da grande perda que a perseguiu a vida toda e para a qual acordou, depois, tarde demais. A repetição do sonho

não estava ligada à culpa por não ter salvado o irmão ou por não ter morrido com ele, mas a este acaso: o fato de ter sobrevivido devido a um momento arbitrário, de distração, que separou sua descida do trem da permanência dele ali. Talvez nessa decisão arbitrária – a dela, de deixar a Polônia (e simbolicamente o trem), e a dele, de permanecer – resida o cerne da repetição. A repetição, escreve Dana, é a tentativa da avó de reivindicar sua própria sobrevivência, originalmente vivida como um acaso, algo arbitrário, mas que agora ela busca tomar como sua, algo com que possa se identificar.

É bem possível que esse momento resgatado na vida da avó de Dana remonte a uma falha ainda mais precoce, a um momento catastrófico (Bion), mortal, como indicam Lacan e Winnicott: o instante em que nós nos arrancamos para a vida, saindo do não ser, da não vida, para o ser, para a existência, por meio da ajuda, do testemunho e da presença do outro.

As origens da desilusão

A desilusão na clínica me parece, frequentemente, remontar a essa nossa falha em recuperar, no paciente, a perda junto ao seu objeto de origem – o despertar do estado de percepção (como alegava Freud) para o da *consciência* da travessia de seu colapso, da morte em direção à aquisição, na dor, dos signos de vida.

Lembro-me, com dor, de duas análises que, penso eu, escaparam das minhas mãos. Análises de alta frequência e longa duração de dois jovens, uma mulher e um homem. Muitas vezes, em ambos os casos, sentia que não os alcançava, embora tivesse grande interesse e, em vários momentos, fosse profundamente tocado por eles e suas mazelas. Winnicott percebeu esse eixo da transferência, em que as falhas do analista são os veios de entrada para as regiões de agonia e colapso. Seria a oportunidade de resgatar os momentos em que o sujeito, nos primórdios de sua constituição, diante da falha do ambiente, foi exposto e, portanto, ficou vulnerável às violências (*impingements*) vindas de dentro e de fora, passando por um colapso e desmantelamento. Diante desses afluxos agonizantes, eles ergueram uma organização defensiva que, no entanto, não evitou que as sombras e o espectro do colapso, do medo e da agonia se dissociassem e enlouquecessem. Eu sentia que a barreira foi obra deles, não minha (indiferença), erguida diante de uma eventualidade caótica (neles), caso ousassem atravessá-la. Raramente eles chegariam a concordar com tal suposição.

São duas pessoas extremamente cultas e refinadas e que, em certo momento, me acusaram, de maneiras diferentes, de não ter estado o suficiente com eles. Em função do espaço, vou me deter brevemente na análise mais

difícil, do rapaz, M. A análise dos dois se estendeu ao longo de sete anos e não era, para nenhum deles, a primeira experiência analítica. O clima de amizade – de amor –, sincero de minha parte, nunca se dissipou, além do prazer que eu sentia diante de sua fina sensibilidade, inteligência e humor. Quero mencionar que a paciente era menos defensiva do que M. Ela atravessou momentos de aguda dissociação, tanto na sessão quanto fora dela. Apesar de custosos, esses momentos se revelaram pontos de êxito. No entanto, os restos da angústia e do medo eram de tal monta que ela sentia que nós não daríamos conta deles.

M me procurou após duas análises interrompidas, realizadas durante sua graduação. Ele me procurou por lhe terem dito que minha “linha” era mais promissora. Quando me deixou, fiquei frustrado, mas não, como meus precedentes, magoado. Um ano antes, comentou um dia que a análise normalmente não funciona a menos que haja uma dose considerável de empatia, objeto raro de achar na praça. Fiquei tocado e pensei em “tentar alcançar” algo do qual ele já parecia ter desistido. M era, em seu modo de se vestir, viver e pensar, obcecado e metódico. Manifestava uma organização defensiva extremada para contrabalançar uma ameaça hipocondríaca aguda que, vez e outra, eclodia. Sua vida social se restringia a poucos contatos, e sua sexualidade (apenas com prostitutas) raramente se dirigia à finalidade genital. Inteligente e refinado, era metódico também em seus lazes, e qualquer desvio o desestabilizava. A dominação autocrática, que Freud descreve em 1890 e na qual Pierre Férida se aprofunda em 1995, lhe era característica. Havia um ritual habitual nas sessões: ele entrava, me cumprimentava, ajeitava o travesseiro, a toalha sobre ele e o tapete aos seus pés, para se deitar e narrar, inicialmente, o cumprimento da ordenação preestabelecida de seus estudos; depois, alguns episódios (muitas vezes, urgências médicas decorrentes da hipervigilância agonizante de seu corpo), as conversas com a mãe, algumas poucas com o pai e os colegas, sonhos, associações, e o aguardo de minhas palavras. Com os anos, o trabalho intenso da análise transformou parte de suas penosas paranoias hipocondríacas em conversões histéricas, e um novo cenário se abriu.

M descobriu que, quando ele tinha poucas semanas de vida, a mãe viajou com o pai – um empresário bem-sucedido, porém metódico também em seus planos turísticos, viajando um país após o outro – por duas semanas, e M desenvolveu uma alergia respiratória aguda. Winnicott computa, nas falhas do ambiente, a falência em habitar (*indwelling*) o corpo.

A mãe, segundo M, era pouco feminina e se casou com um homem culto, mas machista e dependente da esposa, e que se afastou com ojeriza do cuidado dos bebês. A mãe se ligou a ele, seu caçula, dando-lhe o nome de seu anelado namorado da juventude. Os quase assédios dela a M, tanto na adolescência quanto na vida adulta – ao roçar seu corpo no dele, entrando em sua cama de camisola para compartilhar segredos –, remontavam-se, aos

poucos, ao desejo dela por uma menina, dado que ela havia proporcionado maior atenção aos gestos femininos de M enquanto criança, quando dançava ao som de músicas e alegrava as primas e a mãe. Em contraponto, ela rejeitava, com risadas desdenhosas, os seus pedidos de casamento na infância, enquanto o deixava acariciar, fascinado, a pele dela entre os seios e o umbigo, recordações que seguem desencadeando nele ofensa e amargura.

A partir disso, formulei a seguinte hipótese: a mãe, que atravessou uma depressão pós-parto com o nascimento do primeiro filho, com dificuldade de alimentá-lo, estabeleceu com M, o caçula, uma ligação quase maníaca, “indo para cima”, o que resultou em certo abandono psíquico e físico, acrescido de intrusões excessivas que visavam reanimar suas próprias carências afetivas. Assim, M foi exposto a uma violência hipocondríaca e psicossomática. Muitas vezes, perguntei-me se, dentro dessa organização delirante, hipocondríaca, em que ele se antecedia ao colapso e à morte,⁶ não haveria certa animação de alguém que já havia antes morrido psiquicamente, no abandono que sofreu tão cedo na vida – como se precisasse se proteger da reincidência de uma morte, aventando medidas protetivas, e uma reinjeção da vida pela sexualidade intrusiva e carente da mãe, a ser depois comprada, abrindo mão de amor e de afetos genuínos.

Aos poucos, esse trabalho penoso que realizamos converteu as atuações delirantes do corpo e as práticas sexuais em algo novo. Inicialmente, M tentou, de forma hesitante, utilizar um site de namoro e, metódico, escolheu uma mulher com características análogas às de suas garotas de programa. Após alguns encontros, e diante de uma impotência momentânea, ele desistiu. Com o tempo, desenvolveu uma paixão por uma garota de programa. Ciumento, passou a desconfiar da existência de um namorado dela. Enviava-lhe poemas tocantes, de sua própria autoria, e experimentou grande sofrimento por esse amor, já que a moça queria atendê-lo, mas não enquanto namorada. Ele suspeitava que ela não o considerava um homem. Ele chorava, e eu, tocado, me alegrava! Ele se sentiu humilhado, patético... Foi uma transformação marcante, parecia um garoto histérico comum. Foi nesse período, quando a análise o transformava, que ele se assustou e começou a buscar razões para se desligar: ficar independente dos pais, da análise, de tudo. Parecia-me que a análise havia promovido um certo afrouxamento da organização defensiva; uma transformação, parcial, da agonia do colapso hipocondríaco em angústias mais históricas. Entretanto, numa dimensão mais profunda, existia uma oposição em se haver com as falhas do objeto (da mãe e do analista), o que o levaria a dar uma segunda chance à travessia pelo insuportável desmoronamento de outrora. Ele

6 O sofrimento era atroz. Muitas vezes, ele não via razão alguma para seguir vivendo. Eu ficava preocupado.

“optou” pela organização defensiva e sua cobertura pela carência incestuosa da mãe. Devo ter tido parte nisso!

Colapso, travessia, ilusão e desilusão da clínica psicanalítica

O trauma, tal como Freud o concebe em 1920, à luz da pulsão de morte, e com a ajuda de Ferenczi, está na raiz da desilusão com o do trabalho analítico. Põe em relevo o trabalho do objeto: segundo Winnicott, se a ilusão originária não é proporcionada adequadamente, a desilusão, necessária para o crescimento, desemboca no medo do colapso, na reincidência do desamparo dos inícios da vida. A seguir, com base na literatura disponível, apresento relatos de análises mais e outras menos exitosas na travessia pelo colapso originário.

1) Diante da iminência do colapso e da tentativa de evitar a experiência traumática, é preciso estar com o paciente, no ponto em que o objeto de origem falhou em oferecer cobertura, testemunho e validação daquilo que aconteceu ao sujeito. Por isso, segundo Max Hernandez (1998), é necessário, diante da retraumatização na situação analítica, suportar *sem impor significados ao vazio impensável das agonias primitivas*. Ele descreve a análise de um homem de 30 anos, que sofria de angústias intensas por sentir que era alvo da implicância do chefe e do escárnio dos colegas de trabalho. Essas angústias tornavam-se, por vezes, tão insuportáveis a ponto de precisar de internações hospitalares. Ao final da primeira sessão, ele expressou a necessidade de confiar algo ao analista, mas optou por aguardar. Ele estava visivelmente trêmulo e, devido às mãos suadas, evitou apertar a mão do analista ao se despedir. Sua vida infantil era marcada por tristeza, isolamento e retraimento afetivo, com uma mãe depressiva que necessitava de internações frequentes. Embora fosse um jogador de futebol promissor, a tormenta infernal que sentia ao se trocar diante dos colegas e a sensação de ser ridicularizado o levaram a abandonar a carreira. Nas sessões subsequentes, em tom quase inaudível, relatou a sensação de estar sendo seguido. Sofria de angústias severas, suor e insônia, e não recordava seus sonhos. Até chegar o momento em que conseguiu falar daquilo que insinuara na primeira sessão.

Contou que havia sido estuprado aos 8 anos por um grupo de meninos na saída da escola. Depois, eles zombaram dele. Após relatar o abuso, permaneceu quieto até o fim da sessão. Nas sessões seguintes, o paciente contou que a cena do abuso retornara, como um filme, diante de seus olhos. De repente, se dirigiu ao analista e questionou: “Por que você não perguntou o que aconteceu comigo?” (p. 138). O silêncio do analista gerou tensão e ansiedade, momento em que o analista acolheu sua angústia, dizendo que talvez o paciente sentisse

que não se importava com ele e que não percebia quão dolorosa tinha sido essa experiência para ele. Nas sessões seguintes, o paciente revisitou os momentos antes e depois do estupro, recordando que, ao chegar em casa, ninguém lhe dirigiu a atenção, apesar de suas cuecas estarem manchadas de sangue. O analista interpretou que o paciente igualava o seu silêncio com a indiferença dos seus pais. O paciente passou a se referir ao estupro como “aquilo que lhe aconteceu”, enquanto o analista, por sua vez, utilizava a formulação “aquilo que você disse que lhe aconteceu”, até que, em uma ocasião dessas, o paciente se levantou irritado do divã, olhou fixamente para o analista e disse: “Você não acredita em mim? Está dizendo que sou mentiroso, *que isso não aconteceu?*”, enquanto tremia e suava copiosamente. O analista então respondeu: “Parece que não aconteceu, mas ainda está acontecendo” (p. 138). O paciente desatou a chorar, e o analista o acompanhou para se recompor, lavar o rosto e se despedir.

Nas sessões seguintes, ele discorreu sobre vários aspectos do abuso, até relatar que, na ocasião, se sentiu fora de seu corpo, como se não fosse ele mesmo, como se estivesse vazio, sem vida: “Como se alguém tivesse me desconectado da própria vida” (p. 139). Assim, ele se tornou capaz de enfrentar a experiência da violação. A voz inaudível que emergia das profundezas do trauma pôde finalmente ser ouvida, com a ferida dupla da negligência parental, desde a infância, que parece ter ocasionado a incidência do estupro. A reativação catastrófica, vivida com o analista, tornou-se uma oportunidade para atravessar a catástrofe originária.

Com o êxito de Max Hernandez, em uma longa análise, volto a pensar em M e em A (minha paciente). Teria eu me precipitado no espaço vazio de suas agonias primitivas, atribuindo sentido e significado de forma precoce e, em certos momentos, traumatizando-os?

2) Passo ao complexo relato da análise de Harry Guntrip (1975) com Fairbairn e Winnicott. Sua análise estava ligada a uma amnésia total em relação a um trauma severo aos 3,5 anos, quando seu irmão mais novo, Percy, faleceu. As duas análises falharam em resgatar essa memória, mas ela emergiu inesperadamente após o fim delas. À sua maneira, cada uma preparou, após a análise, o desfecho almejado. Guntrip relata uma mãe falha em sua maternagem. Criada por uma viúva que delegava a criação dos 11 filhos a ela, sentia-se incapaz de ser mãe. Casou-se com um pastor sem lhe revelar que não queria filhos. Amamentou Harry apenas para evitar outra gravidez, mas quando Percy nasceu, recusou-se a amamentá-lo. A mãe contou-lhe que ele entrou no quarto, viu o irmão nu e morto em seu colo, agarrou-o e implorou: “Não o deixe partir. Você nunca o terá de volta”. Ela o expulsou, e Harry adoeceu gravemente. O médico alertou: “Se você, como mãe, não pode salvá-lo, eu também não posso” (p. 149). Então, ela o levou para uma tia, onde ele se recuperou.

Seus analistas afirmaram que ele teria morrido se tivesse permanecido com a mãe. Ao retornar da tia, desenvolveu inúmeras somatizações, como que para chamar a atenção. Aos 5 anos, tornou-se desobediente, e a mãe, raivosa, o espancava cruelmente. Aos 8 anos, mais independente, viu a mãe, agora bem-sucedida nos negócios, compensá-lo materialmente. Já idosa, ela afirmou que não deveria ter casado nem tido filhos; sentia-se destinada ao comércio. Após a morte do marido e da tia, adotou um cachorro, mas logo passou a espancá-lo e desistiu de cuidar dele também.

Guntrip percebeu que seus estados esquizoides e seu cansaço mortal após se separar de amigos (“substitutos de Percy”) estavam ligados a um luto não feito. A exaustão repetia a iminência de sua morte e o colapso emocional vivido após a perda do irmão. Resolveu, então, buscar análise. Dos 48 aos 59 anos, esteve com Fairbairn, que focalizava as relações de objeto na trama edípica. Guntrip, porém, sentia que o problema estava na relação precoce com a mãe. Após oito anos de análise, ao perder um amigo, ele adoeceu novamente, como Percy. O analista também adoeceu, e quando voltou, fez a feliz interpretação de que Harry via nele o irmão moribundo. Temendo perder Fairbairn, Guntrip procurou Winnicott.

Dos 61 aos 67 anos, encontrou em Winnicott uma presença viva, em contraste com a mãe ausente e negligente. A longa solidão após a morte de Percy e a falta de uma mãe responsiva causaram seu colapso infantil, mas Winnicott ofereceu um vínculo reparador. Em 1969, quando Winnicott adoeceu, Guntrip contraiu uma pneumonia severa. No réveillon de 1971, soube que Winnicott estava morrendo e, de fato, faleceu após duas semanas. Guntrip, então, teve um sonho surpreendente: viu sua mãe imóvel, olhando fixamente para o espaço, ignorando-o por completo, enquanto ele, de lado, olhava para ela, sentindo-se congelar, incapaz de se mover. O sonho reeditava sua vivência após a morte de Percy, como se a perda de Winnicott, tal qual a do irmão, o defrontasse novamente com a mãe deprimida e indiferente. Era um sonho inédito!

Noites seguidas, Guntrip foi levado regressiva e cronologicamente, em sonho, a todas as casas onde viveu, até a primeira, a pior de todas. O pai, sempre apoiador, surgia ao lado da mãe hostil, mas nenhum sinal de Percy. Dois meses depois, porém, a amnésia se rompeu: no sonho, ele, com 3 anos, segurava o carrinho do irmão de 1 ano, ansioso pela mãe, que os ignorava e olhava fixamente para o horizonte. Na noite seguinte, sonhou com um homem, *seu duplo*, tentando pegar um objeto morto. Ele caiu e formou um monte. O sonhou então mudou para uma sala iluminada, onde Percy aparecia no colo de uma mulher negra, sem rosto, sem braços e sem seios – não era uma pessoa, apenas um suporte. Percy parecia muito deprimido, e Harry tentava fazê-lo sorrir. Ele sentiu que o sonho recuperou a cena de seu desabamento ao ver o irmão

morto, mas também revisitou o período anterior à perda, diante de uma mãe despersonalizada, deprimida e inacessível.

Guntrip se perguntou: “O que me deu forças para enfrentar o trauma e o colapso?” (p. 154). A resposta estava na relação viva com Winnicott, que se conectou à parte adoecida do menino que ele fora, marcado por uma mãe danificada por sua própria história. Guntrip sentiu que colheu, finalmente, os frutos de 20 anos de análise. Somente a relação confiável e viva com Winnicott pôde restaurar seu ressurgimento dos escombros do colapso. Aos 73, Guntrip escreveu o artigo, mas faleceu um ano depois (sem ver a publicação), na mesma idade em que perdera seus analistas.

Será que essa travessia bem-sucedida do colapso, em que se parte da morte psíquica de origem em direção à vida, deixa o analisando, por fim, sem recursos para suportá-la? Curar-se e logo morrer – o que dizer disso?

3) Em *Illusions and disillusion of psychoanalytic work* [Ilusões e desilusões do trabalho psicanalítico] (2011), seu último livro em vida, André Green vai além de si mesmo, aprofundando a questão dos fracassos na clínica. Quero relatar brevemente, desse livro, a análise de uma paciente de Litza Guttières-Green, intitulada “Ariane: an unresolvable transference” [Ariane: uma transferência insolúvel], realizada 20 anos antes.

Graves crises de angústia, sensações de não existência, abuso de álcool, desilusões amorosas e tentativas de suicídio levaram Ariane, com 40 anos, a procurar análise. Falava de um vazio, um “buraco negro” que a aterrorizava e a atraía. A mãe, doente desde o seu nascimento, faleceu quando a paciente tinha 6 anos. Lembrava-se do terror e da hostilidade dirigida ao pai pelos outros, mas da infância só recordava o enterro da mãe: deixada em casa, viu da janela a multidão e sua família vestida de preto; tomada pelo medo, escondeu-se debaixo da mesa. Apesar da infância difícil, conseguiu concluir a universidade, casar-se e ter dois filhos. No entanto, via em tudo isso uma “fuga” desesperada para a frente, tentando “preencher buracos” sem evitar episódios depressivos. Forçada ao exílio, por eventos políticos, a família mergulhou na depressão. Ariane passou por terapias fracassadas, viu seu casamento estremecer e perdeu o emprego. Sucessivas internações psiquiátricas aconteceram devido a tentativas de suicídio, ataques de pânico e abuso de álcool, sem melhora com medicação.

Chegou para Litza sem esperança, buscando a morte como libertação. Desde o início, a relação entre elas foi difícil e frágil. Emergências hospitalares prevaleciam, e a analista, tomada pela desesperança da paciente, sentia-se impotente. Acompanhar suas associações e interpretar sua confusão era um desafio, agravado por uma sonolência extrema que às vezes a dominava. Litza tentou manter um enquadre protetor contra a destrutividade da paciente, recorrendo também às obras psicanalíticas. Concluiu que a mãe de Ariane

não lhe deixara laços que sobrevivessem à sua morte, privando-a de uma base segura. O rancor e o ódio à mãe apareciam na transferência sob uma máscara de indiferença narcísica. Com o tempo, as atuações diminuíram, e conteúdos mais elaborados emergiram. Ariane passou a manter as sessões, reconhecer sua dependência, cuidar melhor dos filhos e trazer muitos sonhos. Seu insight cresceu, e Litza se encheu de esperança.

O vazio, antes interpretado como o túmulo da mãe, passou a ser associado a uma falta na origem da vida. Ariane sentia que havia, antes da morte da mãe, *algo que deixou de acontecer*, deixando o buraco de um não acontecido, um buraco inominável. Litza relacionou essa lacuna a um colapso precoce, conforme Winnicott. Aos poucos, memórias enterradas e fantasias inconscientes tornaram-se acessíveis. Ariane começou a comunicá-las, mas percebeu que todos os personagens em seus sonhos falavam em francês, a língua da análise, e não em sua língua materna. Embora assustadores, ela os encarou e disse a Litza: “Aprendi a falar com você” (p. 127). No entanto, essas representações eram massivas e repetitivas, impedindo os avanços. O vazio persistia, impossível de ser tomado pela representação. Seria a permanência na catástrofe? As interpretações em torno do vazio, buraco e túmulo não instauravam a esperança de modo mais estável. Para Ariane, o vazio parecia mais importante que o pleno, e o ódio sobrepujava o amor. Ela continuava se sentindo sozinha, sem sentido na vida. Dizia que apenas circundavam o buraco, mas jamais saberiam o que havia nele. Apesar das melhoras sintomáticas – mais calma e menos autocentrada –, no verão seguinte, Ariane decidiu encerrar o tratamento e retornou com a família ao seu país de origem. Ligava esporadicamente, como se quisesse se certificar de que Litza ainda estava viva, até que os contatos cessaram por completo.

Após anos, ela voltou. A analista ficou horrorizada com sua aparência: além de envelhecida, estava degradada. O marido a deixara e se casara novamente; os filhos se encaminhavam na vida, e ela os via pouco. “Todos me abandonaram, estou sozinha”, disse com um leve sorriso. Sem dinheiro e sem cuidar de si, mostrou seus dentes arruinados para Litza. Quando questionada sobre a terapia, disse que não fazia e que queria voltar. Litza recusou! Ariane, com um sorriso resignado, disse que entendia. Olhava o vazio, parecia sonhar... Com o quê? – perguntava-se a analista. “Nunca saberei. Ela partiu, novamente, *deixando-me com a sensação de ter testemunhado um desastre e, em parte, ter sido responsável por ele*” (p. 128, grifo nosso).

Esse final trágico, desastroso, corta o coração. Deve-se apreciar a franqueza e a coragem de expor esse caso difícil. Todos já enfrentamos momentos que nos deixam incapazes ou sem vontade de seguir o tratamento. Ariane era uma paciente gravemente perturbada, sem dinheiro, sozinha, miserável,

degradada, com dentes apodrecidos – e não despertou na analista a disposição para retomar o trabalho. Não cabe criticar a analista.

Mas e a “voz” que clama o trauma e o colapso precoce e devastador?

Tendo a concordar com Eshel (2016) quando afirma que o medo do colapso, como concebe Winnicott, abre um espaço clínico que nos sugere que Ariane não era intratável nem apresentava “resistência obstinada e insuperável à recuperação”, como conclui André Green (2011, p. 131). Seu retorno foi um momento fatídico, em que um verdadeiro colapso era comunicado: sentia-se sozinha, perdida, caída no vazio mais profundo. Apresentava à analista a marca implacável de uma catástrofe precoce, em sua psique arruinada e em sua vida. Estava devastada, na desolação do nada. Segundo Winnicott, ela lançava “o último grito antes que a esperança fosse abandonada” (1969/1989a, p. 117), ecoando das profundezas de sua inconsolável ferida aberta. Seria esse o momento e o lugar do tratamento para que “a coisa temida”, conforme Winnicott, fosse alcançada, enfrentada e vivida? Desde o início, Ariane teve uma mãe indisponível e gravemente doente. O buraco que sentiu e transmitiu permaneceu escancarado, sem se transformar em algo vivido pelo eu. Assim, é difícil concordar com Green quando afirma que sua transferência, resistente à análise, não poderia evoluir, mas permaneceu como ferida aberta.

Na conclusão do livro, Green aponta: “É o significado que proporciona um verdadeiro holding, e não o objeto” (2011, p. 190). Seria possível separar os dois, o significado do objeto? Eis a dúvida cruel que me corrói em relação à ilusão e à desilusão na clínica. A divisão entre o ontológico e o epistemológico (Ogden) me parece insuficiente, e sujeita à mistificação em torno do O (Bion). Não se pode separar a atenção (Freud), o estar com (Ferenczi) e o O do K, do significado da percepção, assim como em Lacan o Real não tem sentido sem o Simbólico na travessia com o paciente. Nesse elo e transição entre O (eu estava ali, *com?*) e K (ou só concebi, fiz ligações?), parece-me que o desafio está nas sombras do *inquietante* e na própria casa (Freud, 1919/2010b), como nos faz perceber Clarice Lispector no conto “A legião estrangeira” (1964): um pintinho não se rende ao amor dos membros da família, mas permanece, como afirma a mãe, *sabendo da vida por um susto profundo, um espanto, um pânico*; ela se coloca contra o marido e os filhos, pois, ao contrário deles, ela se viu “enviada junto àquela coisa que não compreendia a minha única linguagem: eu estava amando sem ser amada”.

Tentei isolar-me ... para também eu esperar de mim e lembrar-me de como é o amor. Abri a boca, ia dizer-lhes a verdade: não sei como. Mas se me viesse de noite uma mulher. Se ela segurasse no colo o filho. E dissesse: cure meu filho. Eu diria: como é que se faz? Ela responderia: cure meu filho. Eu diria: também não sei. Ela responderia: cure meu filho. Então – então porque não sei fazer nada e porque não

me lembro de nada e porque é de noite – então estendo a mão e salvo uma criança. Porque é de noite, porque estou sozinha na noite de outra pessoa, porque esse silêncio é muito grande para mim, porque tenho duas mãos para sacrificar a melhor delas, e porque não tenho escolha. Então estendi a mão e peguei o pinto. (p. 97)

Eis uma das melhores “lições” para confrontar as decepções na clínica e na vida.

Entre ilusión y desilusión en la clínica: el derrumbe y su atravesamiento

Resumen: El autor aborda la cuestión de la ilusión y la desilusión en la clínica psicoanalítica a la luz de las aportaciones sobre el trauma en las neurosis de destino –tema desarrollado por Freud en *Más allá del principio de placer*– y su relación con “El miedo al derrumbe”, obra póstuma de D. W. Winnicott. A menudo, la desilusión en la clínica es el resultado del recorrido por el derrumbe, que se remonta a las experiencias vividas con los objetos de origen. Como ilustración, el autor presenta y discute material clínico, de su propia práctica y de la de otros, tomado de la literatura psicoanalítica.

Palabras clave: trauma, lo que no ha sucedido, miedo al derrumbe, compulsión de repetición

Between illusion and disillusion in the clinic: breakdown and its crossing

Abstract: The author discusses the issue of illusion and disillusion in the psychoanalytic clinic in the light of the contributions on trauma in the neuroses of destiny – a theme developed by Freud in *Beyond the pleasure principle* – and its relationship with “Fear of breakdown”, a posthumous work by D. W. Winnicott. Disillusionment in the clinic is often the result of a crossing through breakdown, which goes back to experiences with objects of origin. As an illustration, the author presents and discusses clinical material, from his own practice and that of others, taken from psychoanalytic literature.

Keywords: trauma, what didn't happen, fear of breakdown, repetition compulsion

Entre illusion et désillusion dans la clinique : l'effondrement et son parcours

Résumé : L'auteur aborde la question de l'illusion et de la désillusion dans la clinique psychanalytique à la lumière des apports sur le traumatisme dans les névroses de destinée – thème développé par Freud dans *Au-delà du principe de plaisir* – et de sa relation avec « La peur de l'effondrement », ouvrage posthume de D. W. Winnicott. La désillusion dans la clinique est souvent le résultat d'une traversée de l'effondrement, qui renvoie aux expériences avec les objets d'origine. A titre d'illustration, l'auteur présente et discute un matériel clinique, issu de sa propre pratique et de celle d'autres personnes, tiré de la littérature psychanalytique.

Mots-clés : traumatisme, ce qui n'est pas arrivé, peur de l'effondrement, compulsion de répétition

Referências

- Amir, D. (2018). *Bearing witness to witness*. Routledge.
- Caruth, C. (1996). *Unclaimed experience: trauma, narrative, and history*. Johns Hopkins University.
- Delouya, D. (2021). Notas sobre ilusão em Freud. In D. Delouya, *Análise, teimosia do sintoma e migração* (pp. 263-274). Blucher. (Trabalho original publicado em 2006)
- Eshel, O. (2016). The “voice” of breakdown: on facing the unbearable traumatic experience in psychoanalytic work. *Contemporary Psychoanalysis*, 52(1), 76-110.
- Fédida, P. (2002). Hipocondríaco médico In M. Aisenstein, A. Fine & G. Pragier (Orgs.), *Hipocondria* (M. Seincman, Trad., pp. 113-128). Escuta. (Trabalho original publicado 1995)
- Freud, S. (1995). *Projeto de uma psicologia* (O. F. Gabbi Jr., Trad.). Imago. (Trabalho original publicado em 1950[1895])
- Freud, S. (2010a). Além do princípio do prazer. In S. Freud, *Obras completas* (P. C. Souza, Trad., Vol. 14, pp. 161-239). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1920)
- Freud, S. (2010b). O inquietante. In S. Freud, *Obras completas* (P. C. Souza Trad., Vol. 14, pp. 328-376). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1919)
- Freud, S. (2018). Moisés e o monoteísmo. In S. Freud, *Obras completas* (P. C. de Souza, Trad., Vol. 19, pp. 13-188). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1939)
- Freud, S. (2019). A interpretação dos sonhos. In S. Freud, *Obras completas* (P. C. Souza, Trad., Vol. 4). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1900)
- Freud, S. (2025). Tratamento psíquico (tratamento da alma). In S. Freud, *Obras completas* (P. C. Souza & A. Carone, Trad., Vol. 1, pp. 95-120). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1890)
- Green, A. (2011). *Illusions and disillusion of psychoanalytic work* (A. Weller, Trad.). Karnac.
- Guntrip, H. (1975). My experience of analysis with Fairbairn and Winnicott: how complete a result does psychoanalytic therapy achieve? *International Review of Psychoanalysis*, 2, 145-156.

- Hernandez, M. (1998). Winnicott's "Fear of breakdown": on and beyond the trauma. *Diacritics*, 28(4), 134-141.
- Lacan, J. (1985). *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (M. D. Magno, Trad.). Zahar. (Trabalho original publicado em 1964)
- Lispector, C. (1964). A legião estrangeira. In C. Lispector, *A legião estrangeira* (pp. 95-110). Rocco.
- Winnicott, D. W. (1958). Manic defense. In D. W. Winnicott, *Through paediatrics to psychoanalysis* (pp. 129-144). Basic Books. (Trabalho original publicado em 1935)
- Winnicott, D. W. (1989a). Additional note on psychosomatic disorder. In D. W. Winnicott, *Psychoanalytic explorations* (pp. 115-118). Harvard Press. (Trabalho original publicado em 1969)
- Winnicott, D. W. (1989b). Fear of breakdown. In D. W. Winnicott, *Psychoanalytic explorations* (pp. 87-95). Harvard Press. (Trabalho original publicado em 1963)
- Winnicott, D. W. (1989c). Psychology of madness. In D. W. Winnicott, *Psychoanalytic explorations* (pp. 119-129). Harvard Press. (Trabalho original publicado em 1965)

Recebido em 5/2/2025, aceito em 21/2/2025

Daniel Delouya

danieldelouya@gmail.com

doi: 10.69904/0486-641X.v59n1.03