

# O medo da loucura no contexto do *a posteriori* (*Nachträglichkeit*) e a reação terapêutica negativa<sup>1</sup>

Jan Abram<sup>2</sup>, Londres

*A teoria psicanalítica da loucura segundo Winnicott está profundamente enraizada no ambiente psíquico primitivo, no qual o bebê sofre ansiedades impensáveis devido à proteção deficiente do ego pela mãe/outro. Este é o fato da história do paciente que deve emergir e ser (re)vivido na transferência da situação analítica. O termo colapso de Winnicott refere-se essencialmente à desconstrução de uma defesa frágil que foi recrutada pelo bebê traumatizado e cobre a loucura subjacente apenas de maneira superficial. A loucura é um estado mental no qual nada pode ser compreendido porque não há ego funcionando no sujeito e tampouco proteção do ego pelo ambiente. Esta é a distinção entre a psicose e as defesas psicóticas. As noções psicanalíticas de a posteriori (*Nachträglichkeit*) e reação terapêutica negativa foram invocadas a partir do trabalho com uma paciente cujo medo da morte, assassinato e loucura era uma característica predominante. Inspirado pelo desejo de Freud, Riviere e Faimberg por uma ampliação do conceito de a posteriori (*Nachträglichkeit*), este ensaio oferece algumas reflexões sobre a teoria tardia de Winnicott a respeito da loucura. Enquanto a teoria de Winnicott tem suas raízes no pensamento freudiano, seus avanços psicanalíticos específicos transformam o paradigma original. Argumenta-se ainda que a contribuição de Winnicott ao conceito de colapso e loucura na psicanálise*

<sup>1</sup> Publicação original: Abram, J. (2018). Angst vor der Verrücktheit im Kontext von Nachträglichkeit und negativer therapeutischer Reaktion. *Psyche*, 72(4), 308-338. DOI 10.21706/ps-72-4-308

<sup>2</sup> Psicanalista. Membro e analista didata da *British Psychoanalytical Society* (BPaS).

Jan Abram

---

*oferece uma dimensão poderosa que constitui a marca essencial de seu trabalho, isto é, as flutuações da relação pais-bebê, e é essa marca que ilustra o motivo pelo qual as suas contribuições são tão radicais para a psicanálise, tanto na prática quanto na teoria.*

*Palavras-chaves: Winnicott; Teoria da loucura; Medo do colapso; Trauma precoce; Psicose; Nachträglichkeit; a posteriori; Reação terapêutica negativa; Freud; Riviere; Faimberg*

## **Prelúdio**

Ao receber o convite para discutir *a psicologia da loucura*, imediatamente uma paciente em particular me veio à mente. A principal característica clínica, ainda que não estivesse óbvia desde o início da análise, era o medo de uma morte agonizante precedida de um momento em que ela enlouqueceria. Isso se manifestou a princípio como um medo do abandono, no qual a paciente estaria completamente sozinha, caindo para sempre, enquanto flutuava de forma infinita no espaço sideral. Era uma fantasia aterradora de total desamparo. Ela não conseguia se salvar ou ser salva, já que se afastava cada vez mais da nave espacial que a abandonara. Era uma agonia que duraria para sempre, pois ninguém a ouviria simplesmente porque não havia ninguém lá. Pensar neste evento a fazia sentir como se estivesse enlouquecendo.

Ao longo de vários anos de análise (5 sessões por semana), ficou claro que o *medo* desse tipo de agonia futura, mobilizado pela análise e pela evolução da transferência, era equivalente ao seu terror ao contato emocional, pois ela se sentia cada vez mais dependente da análise. A Dra. Z. era uma paciente conscienciosa, com uma defesa intelectual muito ativa. Enquanto seus objetivos conscientes eram cada vez mais alcançados, mês a mês e ano a ano, ela queria nos assegurar que a análise estava funcionando. Contudo, qualquer sinal de progresso sempre levava a uma reação grave, quando os sintomas voltavam, como para provar que a análise não funcionara e, além disso, piorara as coisas. Seguia-se então que eu era a culpada por arruinar a vida dela. Ao longo de vários anos, tal padrão se estabeleceu e, apesar de ser oscilante, a qualidade de vida da Dra. Z estava realmente melhorando. No entanto, quanto mais perto ela chegava de viver a vida normal que achava que todo mundo podia levar, mais intensamente sentia a reação adversa. A paciente passou a reconhecer, em nível intelectual, que precisava do sofrimento. Funcionava para ela. Ao mesmo tempo, isto a fazia se sentir aterrorizada porque

O medo da loucura no contexto do *a posteriori* (*Nachträglichkeit*) e a reação terapêutica negativa

estava convencida de que os sintomas a estavam matando e causariam sua morte. Embora houvesse fases em que ela se apercebesse de que era capaz de viver uma vida comum – apreciando seu trabalho e relacionamentos –, isso não mudou sua crença fundamental de que morreria em algum tipo de cenário horrível, sempre sozinha e sem amor.

Fica claro que o quadro clínico da Dra. Z encaixa-se bem na descrição de Freud (1923/1975a) da *reação terapêutica negativa*. Mais tarde em seu trabalho, ele associa tal fenômeno clínico a um sentimento inconsciente de culpa relacionado ao *Problema econômico do masoquismo* (Freud, 1924/1975b), discutindo esse mesmo fenômeno clínico em termos econômicos em seu trabalho mais tardio, *Análise terminável e interminável* (Freud, 1937/1975c). Freud identificou que o paciente não estava em contato com seu sentimento inconsciente de culpa, “ele não se sente culpado, mas doente”<sup>3</sup> (Freud, 1923/1975a, pp. 49-50). É exatamente por isso que a Dra. Z buscou análise. Embora estivesse claro que ela sofria de um sentimento de culpa inconsciente, seu principal sentimento era que estava doente. Para Freud, a base dessa psicopatologia específica é causada pela pulsão de morte.

Joan Riviere ampliou o conceito de Freud ao incluir as ideias em desenvolvimento de Melanie Klein sobre os objetos internos e o desenvolvimento kleiniano da *posição depressiva* (Riviere, 1936). Nesse artigo, ela afirma que o medo do paciente de perder a defesa maníaca durante o curso da análise está relacionado ao fato de que *os piores desastres realmente já aconteceram*. Embora esse trabalho tenha sido escrito dez anos antes de Klein ter formulado o conceito de *posição esquizo-paranoide*<sup>4</sup>, Riviere provavelmente estava se referindo ao desenvolvimento psíquico precoce do paciente (que efetivamente ocorreu). A noção de retornar a um estado mental infantil não é nova na psicanálise, mas o aspecto clínico do *caso refratário* de Riviere está intimamente relacionado ao axioma de Winnicott sobre o *medo do colapso*<sup>5</sup>. No entanto, embora as observações clínicas de Riviere e Winnicott sejam concordantes, seus respectivos paradigmas clínicos são decididamente diferentes. A proposta de Joan Riviere é baseada na opinião de Klein de que o paciente adulto re-experencia os desastres aterrorizantes associados à *posição depressiva*, enquanto que, para Winnicott, o medo do paciente de um colapso futuro está relacionado à regressão a um estado mental que foi *catalogado*

<sup>3</sup> N.T.: Tradução de Jayme Salomão. Freud, S. (1976). As relações dependentes do Ego – Cap. V. In *Edição standard brasileira de obras psicológicas completas de Sigmund Freud – O Ego e o Id e outros trabalhos (1923-1925)*, (Vol. 19, p. 66). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1923)

<sup>4</sup> Embora, na década de 30, Klein já estivesse trabalhando em suas formulações (Hinshelwood, comunicação pessoal, 2017).

<sup>5</sup> Nesta época, Winnicott provavelmente estava em análise com Joan Riviere e é muito provável que ela estivesse presente quando ele apresentou o trabalho em uma reunião científica da Sociedade Psicanalítica Britânica em 1936.

Jan Abram

---

(e não experienciado), devido ao fracasso do ambiente psíquico primordial. Irei aprofundar esses pontos mais tarde.

As contribuições de Haydée Faimberg para a noção de *a posteriori* (*Nachträglichkeit*) (inspiradas por Lacan e Laplanche) levaram-na a afirmar que o *medo do colapso* de Winnicott era um excelente exemplo das *construções* de Freud na técnica psicanalítica (Faimberg, 1998; Abram, 2013). Freud enfatiza que o momento da construção é quando o paciente está recordando afetivamente a lembrança reprimida. A técnica proposta por Winnicott expande as *construções* de Freud e é provável que seja inspirada por Strachey, quando ele enfatiza que tanto o paciente quanto o analista precisam *vivenciar* a experiência da loucura na situação atual da transferência. Dentro da estrutura da análise, o analista inevitavelmente *falhará* em relação ao paciente.

Na minha tentativa de discutir a *teoria da loucura* de Winnicott, sinto-me atraída pelos conceitos *freudianos clássicos* acima dispostos, que parecem estar intrinsecamente ligados às formulações de Winnicott. Meu objetivo em delinear a maneira pela qual penso que o *a posteriori* (*Nachträglichkeit*) e a reação terapêutica negativa estão relacionados foi estimulado por minha experiência clínica. Pretendo ilustrar como a contribuição de Winnicott ao entendimento da loucura cria uma poderosa dimensão extra que contém a marca essencial de seu trabalho, ou seja, as vicissitudes da relação pais-bebê.

E é essa marca que destaca o porquê de suas contribuições serem fundamentais para a psicanálise – na prática e na teoria.

## A r/evolução psicanalítica de Winnicott

Em várias publicações anteriores, argumentei que a contribuição de Winnicott à psicanálise poderia ser vista como uma revolução científica kuhniana que culminou em um tipo particular de mudança de paradigma psicanalítico (Abram, 1996, 2008, 2012, 2013)<sup>6</sup>.

O artigo analisado aqui destaca a natureza dessa mudança de paradigma, e meu objetivo é ilustrar a forma como ela conduz a uma abordagem específica do trabalho clínico. O contínuo diálogo interno de Winnicott, tanto com Freud quanto com Klein, no meio intelectual da Sociedade Psicanalítica Britânica, aguçou seu pensamento. Para contextualizar os pontos apresentados acima, primeiro descrevo

---

<sup>6</sup> Este argumento foi inspirado por Zeljko Loparic (2010). Mais pesquisas comparativas são necessárias para aprofundar e consolidar esta perspectiva.

O medo da loucura no contexto do *a posteriori* (*Nachträglichkeit*) e a reação terapêutica negativa

as fases das realizações teóricas de Winnicott (Abram, 2002, 2008)<sup>7</sup>.

Após os anos iniciais (1919-1934), propus três fases. Em cada uma delas, Winnicott conquista grandes avanços teóricos que culminam em um *paradigma clínico* específico (Abram & Hinshelwood, 2018).

#### Fase 1 – A configuração ambiente-indivíduo (1935-1944)

(...) antes das relações objetais, o estado das coisas é o seguinte: que a unidade não é o indivíduo, a unidade é uma configuração ambiente-indivíduo. O centro de gravidade do ser não começa no indivíduo. Está na configuração total.<sup>8</sup> (1945, p. 99).

Esta década pode ser considerada como o primeiro grande estágio teórico, no qual foram feitas duas descobertas fundamentais e relacionadas entre si, que informam e moldam as conceituações das próximas duas fases:

1. “O bebê é um ser humano” (Winnicott, 1989, p. 574)
2. “Não existe essa coisa chamada bebê”<sup>9</sup> (Winnicott, 1958, p. 99)

#### Fase 2 – Fenômeno transicional (1945-1959)

É uma área que não é contestada, porque nenhuma reivindicação é feita em seu nome, exceto que ela deve existir como um local de descanso para o indivíduo engajado na tarefa humana perpétua de manter a realidade interna e externa separadas e, ainda assim, inter-relacionadas. (Winnicott, 1953, p. 90)

O conceito de *fenômeno transicional* é a principal conquista teórica durante esta fase. É um conceito que se desenvolve a partir da noção de não-integração primária, evoluindo naturalmente a partir das descobertas da primeira fase teórica principal, ou seja, que *não existe esta coisa chamada bebê* e que o bebê é um ser humano.

Os temas relacionados aos fenômenos transicionais dizem respeito ao foco de Winnicott sobre como o Ego não desenvolvido do bebê é reforçado pela

<sup>7</sup> Após a 1ª edição de *A linguagem de Winnicott*, em 1996, iniciei e orientei um projeto para preparar uma coletânea de textos de Winnicott (Abram, 2002). Nesta época, fui nomeada Arquivista Honorária do Winnicott Trust 2002-2011 (ver Abram, 2008).

<sup>8</sup> N.T.: Todas as citações foram traduções livres, exceto nos casos em que a tradução consultada estiver explicitamente referenciada em nota de rodapé.

<sup>9</sup> N.T.: Tradução de Jane Russo. Winnicott, D.W. (1993). *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*, 4ª ed.. Rio de Janeiro: Francisco Alves. [Trabalho original publicado em 1958]

Jan Abram

---

proteção do ego da mãe através da identificação inconsciente com seu estado de dependência absoluta.

### Fase 3 – O uso de um objeto (1960-1971)

De agora em diante, o sujeito diz: “Oi, objeto!”. “Eu te destruí”. “Eu te amo”. “Você tem valor para mim porque você sobreviveu à minha destruição de você”. “Enquanto estou te amando, estou o tempo todo destruindo você na fantasia (inconsciente)”. Aqui a fantasia começa para o indivíduo. O sujeito agora pode usar o objeto que sobreviveu. (Winnicott, 1969, p. 713)

Nesta década final, a conversa de Winnicott parece ser predominantemente com Freud. *O uso de um objeto*, por exemplo, coloca-o em desacordo direto com Freud sobre o instinto de morte. Em seus últimos anos, ao se aproximar a certeza de sua própria morte, ele parece sentir um grande desacordo teórico aludido no *uso de um objeto*, mas esse desacordo ainda não fora explicitado, sua convicção é de que a teoria posterior de Freud sobre a pulsão de morte foi um erro (Winnicott, 1989, p. 242).

## O caso da Dra. Z

Levei cerca de cinco anos da análise da Dra. Z para perceber que a tarefa analítica era impossível. Paradoxalmente, esse pensamento foi um alívio, ajudando-me a manter um senso de neutralidade ao ouvir suas queixas e ficar pensativa nas ocasiões em que ela se enfurecia comigo. A posição neutra fora difícil de manter nos primeiros anos, quando eu me sentia sobrecarregada por suas fúrias ou, ao contrário, indiferente. Então, quando eu enxerguei que a análise não conseguiria alcançar o que pretendia alcançar, ou seja, livrá-la de seus sintomas incapacitantes porque a Dra. Z precisava sofrer, pude começar a busca por um posicionamento diferente. Isso não significa que eu houvesse desistido da tarefa da análise, e sim que senti que era importante enfrentar os fatos relacionados a uma análise interminável.

Uma das principais descobertas que contribuíram para eu me dar conta da impossibilidade da análise foi que a Dra. Z descobriu que ela fizera um pacto com sua mãe no sentido de que nunca deveria superá-la em nível profissional. Isso significava que ela estava presa permanentemente porque, embora em uma profissão diferente, o principal objetivo consciente da Dra. Z na análise era ter sucesso para além do sucesso profissional de sua mãe. Isso, é claro, também estava

relacionado a mim na transferência. A Dra. Z procurou análise comigo em função de uma transferência inconsciente que se encaixava na sua imagem materna.

Entre o sexto e o sétimo ano, ao se aproximar da conclusão do projeto que ela começara ao mesmo tempo em que a análise, a ruptura pendente do pacto era iminente. Esse pensamento a encheu de terror de retaliação e vingança por parte da mãe. No entanto, seus sintomas incapacitantes representaram a vingança e precipitaram a realização da fantasia do ataque externo. Ficou claro, repetidas vezes, que ela era de fato seu pior inimigo. Sua mãe agressiva internalizada (*attacking mother*) foi eficiente em retaliar a tal ponto que a doença da Dra. Z significava que ela não podia trabalhar. Ela se sentia sem controle do que acontecera com ela e, embora entendesse em nível intelectual que era responsável, essa consciência não fazia diferença.

Nos estágios finais de seu projeto, ela tomou a decisão consciente de lidar com seus sintomas através de medicação. Isso fez diferença, e seu trabalho estava indo bem. Enquanto isso, a Dra. Z tornou-se cada vez mais consciente de seu amor pela mãe, e sentia-se mal por tê-la decepcionado e traído. Esta era a razão, ela supunha, de sua mãe tê-la rejeitado. A única maneira de ela se sentir amada e cuidada de verdade era que eu estivesse permanentemente disponível. A Dra. Z odiava as estruturas da análise, vivenciando os limites como cruéis e punitivos da mesma maneira que vivenciara a mãe no passado.

Essa consciência crescente desenvolveu-se ao lado de suas memórias ao sentir que, quando criança pequena, ela precisava colocar os outros à sua frente. Qualquer problema que ela tivesse não importava. E isso porque ela sentia que tinha os recursos necessários para deixar bem todos os outros, e que, portanto, sua tarefa era colocar todo mundo em primeiro lugar e as suas próprias necessidades em último. Nesse cenário, então, ela era obrigada a sofrer pelos outros. Essas lembranças apareceram quando a Dra. Z começou a se sentir bem e até a apreciar aspectos de sua vida. A punição tinha que vir a seguir, porque aproveitar a vida significava que ela estava negligenciando suas responsabilidades e seu verdadeiro papel.

Dizer tudo isso em voz alta no decorrer de nossas conversas analíticas evocou um cenário de Jesus para a Dra. Z.: seu destino era sofrer pelos outros. Ela sentiu-se envergonhada ao perceber que poderia ter algum tipo de complexo de Jesus e se ridicularizou. Mesmo assim, ela lembrou que, no final da adolescência, decidiu fazer a pergunta filosófica: até que ponto era obrigada a cuidar dos outros *antes* que pudesse pensar em si mesma? Embora essa pergunta parecesse uma convicção – alguma coisa de acordo com a qual ela tinha que viver –, em nível intelectual a Dra. Z achava que não poderia estar certo. Esse problema estava por

Jan Abram

---

trás da motivação para estudar um ramo específico da interação humana e também para entrar em análise.

Esses aspectos de sua vida interior eram subliminares na transferência, onde ela sentia que precisava ficar em análise para me salvar. Agora o pacto existia entre ela e a sua analista. Se o pacto fosse quebrado (sucesso do insight analítico), o assassinato viria a seguir. Uma batalha encerrada com a morte parecia visceral em algumas sessões, como se não houvesse escapatória do inevitável e horrível massacre ou pior, uma morte dolorosa, solitária e prolongada.

Esses *insights* emergentes contrastavam intensamente com sua necessidade consciente do mundo sentir pena dela, porque era tão maltratada pela própria família, ou seja, por sua mãe e irmã, que também era uma profissional de sucesso. Era impossível para a Dra. Z ver como havia instigado nelas a rejeição por si mesma ao longo dos anos. Ao mesmo tempo em que as acusava de terem inveja dela, era transparente que era a Dra. Z quem sentia inveja, algo que ela negava completamente. Isso iluminava as razões subjacentes ao seu senso inconsciente de culpa e a necessidade de ser punida. Sofrer funcionava para a Dra. Z., aliviando-a de seu ódio assassino e violento pela mãe e pela irmã.

### **A assim chamada *reação terapêutica negativa* e o *caso refratário***

As dificuldades da Dra. Z ecoam fortemente a descrição dos casos de Freud sobre reação terapêutica negativa associada ao masoquismo que levará a uma análise interminável. Para Freud, esses sintomas patológicos só podiam ser explicados pela pulsão de morte inata, responsável por destruir qualquer melhora psíquica. A contribuição de Joan Riviere ao conceito de Freud iluminou a força da resistência, e é por isso que ela se refere aos pacientes como *refratários*, um termo que descreve uma resistência intensa à mudança psíquica.

No entanto, o objetivo de Riviere, em seu artigo de 1936, era ilustrar que o paciente já vivenciara os terrores e por isso havia tanto medo na transferência, porque eles carregam uma profunda memória inconsciente de como seria quando suas defesas maníacas se dissolvessem como resultado da análise. Joan Riviere sugeriu que a força subjacente faz o paciente sentir que a morte ou a loucura são inevitáveis, pois, “a sua própria e a dos outros está sempre diante dos olhos de sua mente inconsciente. Ele não pode de forma alguma regenerar e recriar todas as perdas e danos que causou, e, se ele não puder pagar esse preço, sua própria morte será a única alternativa” (Riviere, 1936, p. 153). Riviere enfatizou o quanto é crucial que o analista entenda esse sofrimento interno, recomendando que a

principal questão técnica seja analisar o amor e a culpa associados à ansiedade depressiva. Além disso, ela insistiu aos seus colegas para que reconhecessem a diferença entre a verdade psíquica e uma transferência *falsa*.

Enquanto a suposição básica de Freud por trás de sua teoria da reação terapêutica negativa é baseada no conceito de pulsão de morte, a argumentação de Riviere baseia-se na *posição depressiva* de Melanie Klein<sup>10</sup>. No entanto, as premissas básicas de Riviere incluíram a noção de pulsão de morte e a posição teórica de que os *piores desastres realmente já aconteceram*, indicando a teoria de uma posição depressiva infantil universal. Assim, o terror de retornar a esse estado mental infantil poderia ser visto como o pano de fundo da resistência de todos os pacientes. O trabalho de Riviere é apaixonado e convincente. Como já indicado acima, tenho certeza de que Winnicott estava familiarizado com seu argumento e provavelmente até ouviu este artigo quando foi apresentado pela primeira vez. Sugiro que muitos aspectos da argumentação de Riviere influenciaram-no quando ele formulou suas próprias ideias sobre colapso e loucura.

No entanto, devemos ter em mente que Winnicott nunca aceitou a formulação de Freud da pulsão de morte – menos ainda a de Klein – e, como anteriormente dito, foi em seu trabalho tardio que ele foi capaz de formular, eu propus, uma alternativa ao conceito de pulsão de morte, ou seja, sobrevivência do objeto (Abram, 2012). Para Winnicott, a força variável da resistência do paciente deve-se mais às negociações emocionais no relacionamento inicial entre pais-bebês do que a fatores constitucionais e instintivos. Quanto mais forte a resistência, maior a indicação de não sobrevivência do objeto. A constituição saudável do bebê depende totalmente da capacidade da mãe (outro) de responder às necessidades primitivas do bebê.

Joan Riviere foi a segunda analista de Winnicott depois de James Strachey. Em uma palestra que ele deu a um pequeno grupo (conhecido como Clube de 1952), Winnicott disse que, quando conversou com Riviere sobre *classificar o ambiente*, ela disse que o transformaria em um sapo! (Winnicott, [1967] 1989 e 2013). Essa brincadeira relacionava-se ao fato de que, como kleiniana, seu foco era inteiramente voltado para o mundo interno do paciente. Enquanto seu artigo oferece uma descrição extraordinariamente vívida de uma resistência particularmente poderosa ao tratamento psicanalítico mostrada por uma certa categoria de pacientes, as peculiaridades de suas propostas sobre a técnica sugerem uma divergência quanto aos objetivos de Klein em relação à técnica. Para Riviere, o analista deve se concentrar no amor e na culpa, *em vez* de na agressão, no ódio e na inveja. Mesmo assim, acredito que os fundamentos teóricos de seu argumento não levam

<sup>10</sup> É importante observar que nesta época Klein não havia ainda desenvolvido o conceito de *posição esquizo-paranoide*.

Jan Abram

---

em consideração o papel do ambiente na compreensão da dificuldade psíquica do paciente quanto ao medo do colapso. E foi exatamente isso que Winnicott adicionou.

### ***A psicologia da loucura no contexto da matriz teórica de Winnicott***

No apêndice deste artigo, descrevi minhas razões para considerar que *A psicologia da loucura* foi escrito *após Medo do colapso*. O artigo de 1965 foi preparado para os colegas de Winnicott na Sociedade Psicanalítica Britânica, mas nunca foi apresentado, e não seria publicado até 1989<sup>11</sup>. No entanto, segue claramente os temas já estabelecidos desde 1952, como veremos, os quais estão delineados no *Medo do colapso*<sup>12</sup>.

Para analisar a teoria da loucura de Winnicott, vamos examinar a forma pela qual dita teoria se concentra no que eu acredito ser o cerne de suas preocupações conceituais na terceira fase de seu trabalho – 1960-1971 –, qual seja, a *sobrevivência do objeto*. A totalidade de seu arcabouço conceitual é baseada em como o ambiente *psíquico* é totalmente responsável pela psicopatologia da criança. Isso significa que a *causa* de um estado de loucura emana dos eventos psíquicos a partir do ambiente psíquico primário. Essa tem sido sua principal mensagem desde o início da década de 1940, quando ele se levantou em uma reunião científica e disse: “Não existe essa coisa chamada bebê!”<sup>13</sup> (Winnicott, 1958, p. 99). A partir de então, não foi possível a Winnicott teorizar sem levar em conta o ambiente emocional em que o indivíduo foi nutrido. A natureza também tinha seu papel a desempenhar – Winnicott refere-se às *tendências herdadas* –, mas essas tendências não evoluiriam ao longo de uma linha saudável, a menos que o indivíduo estivesse no contexto de um ambiente facilitador.

Winnicott nos diz que começou a conceituar a noção de psicose em 1952. Nesse artigo, produziu diagramas para ilustrar os *dois padrões de desenvolvimento*. Ele escreve: “Neste artigo, eu estava chegando perto da declaração sobre a loucura que desejo fazer aqui e agora” (1965b, p. 124). Para Winnicott, o bebê que sofre como consequência da falta de *holding* deve recorrer a certas defesas, *dependendo do estágio em que a falta ocorreu*. Em seu artigo de 1960, *Distorção do Ego em termos de falso e verdadeiro self*, ele classifica cinco *selves* falsos diferentes (1960a,

---

<sup>11</sup> Winnicott apresentou um artigo diferente em outubro de 1965, *Um caso de psiquiatria infantil: descrição de uma entrevista psicoterapêutica* (*Archives of the British Psychoanalytical Society* – BPAS).

<sup>12</sup> Este foi o ano em que Winnicott se aposentou de seu posto como Consultor Pediátrico (ver *Chronology Abram*, 2013).

<sup>13</sup> N.T.: Tradução de Jane Russo. Winnicott, D.W. (1993). *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*, 4ª ed.. Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1958)

O medo da loucura no contexto do *a posteriori* (*Nachträglichkeit*) e a reação terapêutica negativa

pp. 143-144); existe um falso *self* *saudável*, mas há pelo menos três tipos de falsos *selfs* que não são autênticos e encontram-se dissociados do verdadeiro *self*<sup>14</sup>. Em 1962, ele identifica seis estágios de dependência infantil para ilustrar o resultado de um ambiente deficiente. No estágio de extrema dependência, por exemplo, a falha do ambiente causa esquizofrenia, motivo pelo qual ele se refere à esquizofrenia como uma ‘doença por deficiência ambiental’ (Winnicott, 1962).

Winnicott foi muito claro até o final de sua vida, sustentando que existiam duas categorias de pessoas: aquelas que tiveram *holding* e as que não tiveram. É impressionante que, neste artigo, ele admita, no entanto, que a *experiência da loucura ... é universal*, embora ainda assim ele reafirme que existem, *a grosso modo, dois tipos de seres humanos*, traçando uma linha entre todas as variações de um tipo de ser humano no lado não suficientemente bom do ambiente, e todas as variações de outro tipo de ser humano no lado suficientemente bom. É o paciente *borderline* ou *psicótico* que carrega uma *experiência significativa do colapso mental*. Isso indica que o fenômeno clínico de *medo do colapso* refere-se à categoria de pacientes que sofreram em seu desenvolvimento psíquico primário devido à falha do ambiente inicial.

Agora, a questão da defesa falso-*self* na teoria de Winnicott surgiu porque a criança sofreu algo impensável – perda repentina do ambiente acolhedor (*holding environment*) ou falta de um ambiente suficientemente bom. A deficiência precoce de proteção do ego resulta no *rompimento* da continuidade do ser. Isso constitui um trauma psíquico precoce antes que a criança tenha atingido um ego com funcionamento suficientemente forte. No entanto, o paciente *borderline* alcançou um grau de funcionamento do ego – um falso *self* é semelhante ao funcionamento do ego – e Winnicott foi claro ao dizer que o *falso self é construído com base em submissões* (Winnicott, 1959-64). Portanto, se não houver interconexão entre o falso *self* (saudável) e o verdadeiro *self*, o indivíduo estará condenado a um tipo de vida submissa, a qual Winnicott disse não ser vida nenhuma (Winnicott, 1949 [1947]).

O medo do paciente de perder suas defesas à medida que a análise avança está ligado à sua memória inconsciente do trauma causado pela cesura na continuidade do ser. Em outras palavras, em um nível profundo, o medo do paciente – da mesma maneira que o pânico – o protege de voltar a visitar a dor psíquica do trauma. A lembrança é ‘catalogada’; foi um evento psíquico que ocorreu, mas não havia um *Self* para experienciá-lo e compreender o que aconteceu. À medida que o funcionamento do ego se fortalece, devido ao *holding* suficientemente bom do *setting* psicanalítico, como o paciente pode confiar que aquilo que aconteceu antes

<sup>14</sup> Isto talvez indique ainda mais uma evidência da influência de Joan Riviere sobre Winnicott referente à sua opinião sobre a transferência verdadeira e falsa.

Jan Abram

---

não acontecerá novamente? Por que o analista (assim como o novo ambiente) seria mais seguro do que o ambiente anterior que causou dor inimaginável? Essas perguntas ressoavam na análise da agonia primitiva da Dra. Z., e um cair para sempre acontecia o tempo todo nos recônditos profundos de sua mente, como ilustrado pela cena apresentada por ela no início da análise, quando era expulsa da nave espacial e caía no espaço onde não havia fronteiras, nem *Self*, nem corpo. Mas, em relação à teoria da loucura de Winnicott, as fantasias de sua morte pendente no futuro indicavam que um dano ambiental precoce era um fato; ela já havia sofrido uma morte psíquica e uma queda eterna.

Quando Winnicott se refere à *loucura*, ele está se referindo à uma criança totalmente dependente da mãe (outro), mas que não tem experiência consistente de suas necessidades sendo satisfeitas. Essa condição de isolamento extremo causa um trauma que sobrecarrega a psique emergente, e isso constitui loucura. Não significa que todos os bebês sejam loucos no começo, como Winnicott afirma neste artigo. Para ele, a posição esquizo-paranoide formulada por Klein em 1946 era uma descrição adequada do que ocorre ao estado mental da criança devido ao fracasso do ambiente psíquico precoce. Para Winnicott, esse não era um fenômeno universal, como propunha Klein. Loucura é igual à psicose quando as defesas psicóticas, na linguagem de Winnicott, são instaladas para tolerar a ansiedade impensável, que é aterradora demais para ser experienciada. Em 1949, Winnicott referiu-se à noção de *catalogação*, a qual se relaciona à memória inconsciente de uma reação ao trauma. A loucura, portanto, é um acúmulo de reações a traumas que foram catalogados na mente/memória sem terem sido processados ou digeridos. O paciente não pode conceber a possibilidade de re-visitar afetos traumáticos sem perder a lucidez novamente e enlouquecer, ou seja, com ninguém lá para ajudar a processar os sentimentos. A partir da perspectiva do tratamento, o paciente não compreende o significado de *elaborar* porque isso nunca aconteceu antes. No caso da Dra. Z., a única maneira através da qual ela tinha lidado com um trauma psíquico era se auto-acolhendo e onipotentemente cuidando dos outros antes de si própria. Assim, ela poderia negar sua posição de ser intensamente dependente, porque isso significaria uma repetição do terror do abandono. Ao reconhecer sua dependência da análise, suas defesas onipotentes patológicas começaram a desmoronar.

## O axioma de Winnicott

Winnicott identificou a natureza crucial do tempo e do espaço desde a Fase Um de seu trabalho, quando distinguiu “três processos que começam muito

cedo: integração, personalização e avaliação do tempo e espaço e de outras propriedades da realidade” (1945, p. 149). Posteriormente, em seu artigo *Aspectos metapsicológicos e clínicos da regressão no contexto psicanalítico* (1954), ele enfatizou a importância de o analista controlar o tempo com o paciente regredido em função de sua extrema vulnerabilidade aos erros do analista, que repetiriam precocemente a falta de confiabilidade do objeto. Na Terceira Fase de seu trabalho, a noção de tempo e de continuidade no encontro clínico é definida de forma mais clara. Por exemplo, se nos referimos a seu artigo sobre a capacidade de se preocupar, ele afirma: “O tempo é mantido pela mãe, e esse é um aspecto de seu funcionamento como ego auxiliar; mas a criança passa a ter uma noção de tempo pessoal, que dura a princípio apenas muito pouco” (Winnicott, 1963 [1960], p. 77).

Este ponto será aprofundado alguns anos mais tarde em seu artigo *Localização da experiência cultural*, em 1967, onde ele descreve como a *continuidade do ser* da criança pode ser rompida pela ausência da mãe, que constitui uma clara falha no ambiente acolhedor (*holding environment*). Assim, mais uma vez a questão da temporalidade para Winnicott está integralmente relacionada ao relacionamento psíquico primordial – *o tempo é mantido pela mãe* –, e essa é uma das tarefas do analista no contexto da situação da análise e também a razão pela qual o controle do tempo para o paciente *borderline* é fundamental.

A temporalidade e a relação pais-bebê são essenciais para o *axioma* de Winnicott em sua breve nota de 1963 (ver Apêndice), assunto aprofundado em 1964 como um *Post-scriptum* do artigo sobre Classificação (1959-64). Enumero os principais pontos do axioma:

- a) O colapso temido já ocorreu na fase de dependência absoluta.
- b) O *padrão de doença* do paciente constitui as *novas* defesas arroladas após o colapso original, por exemplo, um falso *self*.
- c) O paciente gradualmente *lembra* o colapso no cenário terapêutico *em função do crescimento do ego*.
- d) Uma das raízes do *medo do colapso* é a *necessidade do paciente de lembrar*, ou seja, trazer à consciência.
- e) Uma versão posterior do colapso pode ser enfatizada na transferência, mas sempre se relaciona ao colapso primordial original.
- f) O fator ambiental não é um único trauma, mas um padrão de influências distorcidas.

Jan Abram

## ***Nachträglichkeit* – a posteriori e construções**

Foi Lacan quem originalmente chamou a atenção para a noção de *a posteriori* (*Nachträglichkeit*), como destacam Laplanche e Pontalis em seu *Vocabulário da psicanálise* (Laplanche & Pontalis, 1967). Os autores apontaram que, embora Freud tivesse usado essa noção de maneira implícita, ele não delineara uma teoria. Mais tarde, Laplanche conceitualizou *a posteriori* (*afterwardsness*) (Laplanche, 1989). O trabalho de Faimberg sobre *telescopagem das gerações* amplia ainda mais a temporalidade na psicanálise, e em várias publicações ela escreve sobre reconhecer retrospectivamente, em seu trabalho, que havia usado “o conceito de *a posteriori* (*après coup*) em um sentido muito mais amplo que Freud” (Faimberg citada por Abram, 2013, p. 206, tradução livre) Ao argumentar a favor da “conceitualização mais ampla de *a posteriori* (*Nachträglichkeit*)”, Faimberg (2007) considera que “o *Medo do colapso* de Winnicott, é o paradigma dessa conceitualização mais ampla” (p. 1221, tradução livre).

Quando o paciente sentir o *medo do colapso* no momento atual da sessão, o analista deve interpretar que o medo do colapso futuro se baseia no colapso que já aconteceu. Isso, afirma Faimberg, constitui uma construção semelhante àquela que Freud havia sugerido originalmente em seu artigo *Construções em análise* (1937/1975d). Faimberg ([1998] 2013) escreve:

Winnicott torna possível dar – a partir do momento atual da experiência de desamparo na transferência – um significado retroativo (ao medo do colapso no futuro) por meio de uma construção: o colapso agora experienciado pela primeira vez já ocorreu em um momento em que o paciente ainda não estava lá para ter a experiência. (p. 207)

O passado, portanto, só pode ser construído no tempo presente da análise, isto é, na transferência.

Essa observação remete ao conceito de deficiência psíquica primária do ambiente e ao trauma psíquico dela resultante. Se não existe um *self* capaz de lidar com a *coisa* (evento e/ou falta de *holding*), a psique pode apenas *catalogar* em vez de *processar* a experiência (Winnicott, 1954). Isso indica que a criança estava desprotegida em um momento fundamental do desenvolvimento e *cataloga* (o que só pode ser descrito como) *agonia primitiva, cair para sempre e ansiedade impensável*.

Vamos olhar mais de perto a ênfase de Faimberg em seu *conceito mais amplo*. Seguindo os passos de Freud, ela propõe a existência de duas fases na operação de

O medo da loucura no contexto do *a posteriori* (*Nachträglichkeit*) e a reação terapêutica negativa

*a posteriori* (*Nachträglichkeit*) no decorrer do tratamento analítico. A primeira é a fase de antecipação, relacionada ao sentimento crescente de medo pelo paciente de que algo terrível está prestes a acontecer. A transferência em evolução mobiliza essa antecipação, que é fundamentada na *necessidade do paciente de lembrar*. A segunda fase ocorre no momento em que o paciente está pronto para ouvir devido ao crescimento do ego, envolvendo a construção do analista para o paciente. Isso significa que o passado pode ser construído pela primeira vez no presente da situação de transferência.

A avaliação de Faimberg quanto ao uso implícito de *a posteriori* (*Nachträglichkeit*) por Winnicott ilumina as raízes freudianas da técnica proposta por Winnicott. Isso tem o potencial de mudar o medo do paciente de um desastre iminente, porque, no contexto da situação atual de análise, o evento ocorrido pode ser colocado no passado na organização da mente. Isso ocorre *devido ao crescimento do ego*, reforçado pela função de *holding* do ego do analista, que permite ao paciente arriscar *lembrar* enquanto se sente dependente do analista. Dessa forma, as formulações de Winnicott em sua teoria da loucura constituem um conceito clínico que contribui para a teoria e a prática. Enquanto ele *estica* (Sandler, 1983) a noção freudiana de temporalidade, simultaneamente responsabiliza o *ambiente* psíquico do passado pela *loucura* do paciente na situação atual da análise. Por inferência, portanto, o analista aproveita para se tornar a mãe-objeto arcaica primitiva que originalmente falhou.

As mudanças aparecem na análise quando os fatores traumáticos entram no material psicanalítico à maneira do paciente e dentro da onipotência do paciente. As interpretações que causam alterações são aquelas que podem ser feitas em termos de projeção. (Winnicott, 1960b, p. 37)

Portanto, no final, temos sucesso falhando – falhando à maneira do paciente (...). Dessa forma, a regressão pode estar a serviço do ego se for atendida pelo analista e transformada em uma nova dependência (...) (Winnicott, 1963, p. 258)

O uso que Winnicott faz da palavra *onipotência* nessas citações refere-se a uma onipotência saudável relacionada à *primeira mamada teórica* e à ilusão (ver Abram, 2007, pp. 209-212).

Assim, a estrutura da situação analítica oferece ao paciente um ambiente seguro no qual os traumas primários serão antecipados. Embora a identificação de Faimberg de uma fase antecipatória na operação do *a posteriori* (*Nachträglichkeit*)

Jan Abram

---

seja a mesma do medo do colapso de Winnicott, também há uma forte ressonância com as observações de Joan Riviere feitas sobre pacientes que ficam presos na *reação terapêutica negativa*<sup>15</sup>. A diferença nas formulações, no entanto, como afirmado acima, sugere que, para Riviere, o medo do colapso envolve totalmente fatores internos, enquanto que, para Winnicott, seguindo Freud, teria ocorrido um evento psíquico, isto é, um trauma para um *self* que não estava presente (devido à imaturidade) no contexto de um ambiente que também não estava presente (indisponível por qualquer motivo). Isso sugere que a ênfase de Winnicott na responsabilidade do ambiente sobre o trauma e suas sugestões na técnica se correlacionam com o trabalho tardio de Freud, como visto em *Construções*. Surpreendentemente, no final desse artigo, Freud antecipa os conceitos clínicos do conceito mais amplo de *a posteriori* (*Nachträglichkeit*) e o medo do colapso ao escrever:

(...) quando um neurótico é levado, por um estado de ansiedade, a esperar a ocorrência de algum acontecimento terrível, ele de fato está simplesmente sob a influência de uma lembrança reprimida (que está procurando ingressar na consciência, mas não pode tornar-se consciente) de que algo que era, naquela ocasião, terrificante, realmente aconteceu.<sup>16</sup> (Freud, 1937/1975d, p. 268)

Essa afirmação ilustra a avaliação implícita de Freud no sentido de que não somente o *evento aterrorizante realmente aconteceu* (cf. Riviere, *os piores desastres já haviam acontecido*), mas também que a lembrança reprimida do paciente está *buscando entrar no consciente* (cf. Winnicott, uma das raízes do *medo do colapso* é a *necessidade do paciente de se lembrar*, isto é, de trazer à consciência).

Sugiro que a chamada reação terapêutica negativa constitui a fase antecipatória (na operação de *a posteriori* (*Nachträglichkeit*)) que atualiza o *colapso* do passado na transferência do relacionamento presente em relação ao objeto/analista. Essa noção não nega as formulações freudianas associadas ao masoquismo, ao sentimento inconsciente de culpa e à análise interminável, mas, antes, argumenta contra a noção de que a pulsão de morte está nas raízes desse fenômeno clínico. Em vez disso, seguindo as formulações de Winnicott, a reação

---

<sup>15</sup> Propus originalmente o elo entre Riviere e Winnicott em 2002. Mais tarde, descobri que Haydée Faimberg também tinha feito esta conexão (Faimberg, 2005).

<sup>16</sup> N.T.: Tradução de Jayme Salomão. Freud, S. (1975). *Construções em análise*. In *Edição standard brasileira de obras psicológicas completas de Sigmund Freud – Moisés e o monoteísmo, Esboço de psicanálise e outros trabalhos (1937-1939)*, (Vol. 23, p. 303). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1937)

---

O medo da loucura no contexto do *a posteriori* (*Nachträglichkeit*) e a reação terapêutica negativa

---

terapêutica negativa ilumina uma deficiência do relacionamento psíquico primário quando a criança foi submetida a estados de loucura no início.

De tempos em tempos, frequentemente relacionado a interrupções e/ou sessões canceladas, a Dra. Z. mostrava uma intensa explosão de paranoia em relação a mim, que ilustrava uma transferência delirante na qual não havia distinção entre sua analista e seu objeto arcaico interno. Durante sessões desse tipo, era uma luta manter um senso de *self* e, pior ainda, manter a capacidade de pensar, e eu me sentia atraída para estados mentais de loucura. Nessa época, uma combinação de construções e interpretações<sup>17</sup> era essencial – não necessariamente para a Dra. Z. –, mas para mim, para manter uma posição analítica. A Dra. Z. sempre se sentiu imensamente culpada após essas explosões violentas em relação a mim, mas, com o tempo, pouco a pouco ela descobriu que tinha permissão para *enlouquecer* na análise à medida que as defesas psicóticas diminuía gradualmente. Embora esses estados possam ser descritos como reações terapêuticas negativas, minha proposta aqui é que eram fases de *enlouquecer*, semelhantes a um *colapso*. Paradoxalmente, elas ocorreram quando o senso de *self* da Dra. Z., devido a um objeto sobrevivente intrapsíquico fortalecido, ficou mais forte.

## Resumo

A teoria da loucura de Winnicott, assim como a totalidade da sua matriz teórica, privilegia a natureza das relações psíquicas primordiais e, em particular, o papel poderoso da mãe na formação da psique da criança. Apoiando-se em Freud e Riviere, este ensaio indicou algumas das influências mais importantes para as conceituações de Winnicott. Em referência às observações esclarecedoras de Faimberg sobre o uso implícito de *a posteriori* (*Nachträglichkeit*) por Winnicott e as propostas de Freud sobre construções, propus que a *reação terapêutica negativa* constitua a fase antecipatória na operação do *a posteriori* (*Nachträglichkeit*), conforme proposto por Faimberg. O *holding* e a interpretação confiáveis do analista são essenciais para a tentativa, pelo menos, de sobreviver. Com o tempo, existe o potencial de que o objeto arcaico de fantasia do paciente seja colocado no passado, libertando o *Self* para viver criativamente.

---

<sup>17</sup> *Interpretação* aplica-se a algo que se faz a um único elemento do material, como uma associação ou parapraxia. No entanto, é na construção que se coloca ante o sujeito da análise parte de sua história precoce que havia sido esquecida... (Freud, 1937b, p. 261).

Jan Abram

## Apêndice

### A data de *Medo do colapso* – antes de *A psicologia da loucura* ou depois?

Em que ano Winnicott escreveu *Medo do colapso*? Surgiu confusão sobre o ano de sua composição devido a certas discrepâncias desde 1974, quando o artigo foi publicado pela primeira vez na *International Review of Psychoanalysis*. Para essa primeira publicação, Clare Winnicott (1974) escreveu uma nota de rodapé, afirmando que o artigo foi escrito “pouco antes da morte de Donald Winnicott” (p. 107). Considerando-se que Winnicott morreu em 25 de janeiro de 1971, a nota de rodapé sugere que ele tenha composto *Medo do colapso* por volta de 1970. Thomas Ogden (2014), em artigo recente sobre esta mesma publicação, endossa a nota de rodapé de Clare Winnicott e inclui suas próprias razões para concordar. Entretanto, da minha perspectiva, como descreverei aqui, estou mais convencida de que este artigo foi escrito *antes* de 1965, provavelmente entre 1963 e 1964.

Antes de tudo, vamos examinar algumas das razões pelas quais a data de sua redação ficou confusa. Os editores de *Psychoanalytic explorations* eram Ray Shepherd, psicanalista da Sociedade Psicanalítica Britânica e Madeleine Davis, filósofa e psicoterapeuta psicanalítica. Madeleine Davis era uma estudiosa de Winnicott, atribuindo-se a ela a maior parte do trabalho de edição<sup>18</sup> referente às publicações póstumas de Winnicott (em nome do Comitê de Publicações)<sup>19</sup>. Ao longo de minha pesquisa de arquivo, familiarizei-me com a letra de Madeleine Davis, cujos comentários e emendas aos manuscritos de Winnicott encontram-se cuidadosamente escritos em uma letra caprichada.

No prefácio principal da edição de *Explorações psicanalíticas*, os Editores dizem que é o livro final em que trabalharam com Clare Winnicott, morta em 1984. Desde a sua publicação em 1989, é visível que eles provavelmente trabalharam no manuscrito por mais cinco anos depois da morte dela. A questão é a seguinte: quando eles republicaram *Medo de colapso* nesta nova coleção de artigos de Winnicott, *Explorações psicanalíticas*, embora reconheçam em sua nota de rodapé que foi publicada em 1974, por que o datam como 1963, seguido por um ponto de interrogação? E por que eles não se referem à nota de rodapé de 1974 de Clare Winnicott? Foi simplesmente uma distração? Considerando-se que Madeleine Davis tinha a fama de ser meticulosa em seu trabalho de edição, como eu garanto, duvido que tenha sido distração.

<sup>18</sup> Comunicação pessoal Nina Farhi 1992.

<sup>19</sup> Esse comitê foi oficialmente renomeado Winnicott Trust logo antes da morte de Clare Winnicott (ver Abram, 2008).

Outra discrepância aumenta o mistério do ano de redação. Quando Clare Winnicott publicou seu próprio artigo clínico sobre o medo do colapso no *The International Journal of Psychoanalysis* em 1980, na lista de referências, o artigo de Winnicott é datado como 1970 em vez de 1974 (ver Clare Winnicott, 1980). Isso indica que 1970 é o ano em que Clare Winnicott acredita que ele foi escrito? Mais tarde, após a morte de Clare Winnicott em 1984, Madeleine Davis publicou um artigo sobre o trabalho do Comitê de Publicações (na época o Winnicott Trust), escrito em 1985, mas publicado em 1987, no qual anuncia que o artigo *Medo do colapso* será incluído na próxima coleção de *Explorações psicanalíticas*. No entanto, ela não se refere à publicação de 1974 e nem consta em sua lista de referências (ver Davis, 1987). Fica claro, na nota de rodapé dos editores do artigo, publicado em 1989, que Davis conhecia bem os vínculos teóricos entre os seguintes artigos de Winnicott: *Medo do colapso* (1963?), *Classificação* ([1959-64]) e *A psicologia da loucura* (1965b).

Voltando ao Prefácio de *Explorações psicanalíticas*, escrito por Madeleine Davis e Ray Shepherd, vemos que, antes de Winnicott morrer, ele planejava compilar novas coleções de seus escritos e, com isso em mente, fizera duas listas. Os editores estimam que ele compilou essas listas em 1968 ou 1969. Incluída nessa lista, está a *Psicologia da loucura*, de 1965. Além das duas listas, Davis continua, havia duas pilhas de manuscritos “colocados em ordem”. Um deles era *Medo do colapso* e, entre parênteses, os editores escrevem “(1963?)” (Winnicott, 1989, p. 12, Prefácio).

Apesar dessas discrepâncias, que criam um pouco de confusão em relação à efetiva data de redação do artigo *Medo do colapso*, há três outras razões pelas quais eu costumo pensar que o artigo foi escrito em 1963, ao invés de pouco antes da morte de Winnicott em 1970. Baseio isso na minha pesquisa conceitual e em arquivos dos escritos de Winnicott.

1. O manuscrito de *Medo do colapso* nos arquivos mostra que é datado de 1963. Além disso, existem vários outros escritos (e publicações) datados de 1963 diretamente relacionados aos argumentos específicos no ‘medo do colapso’, como veremos abaixo.
2. O estilo do artigo sugere que ele foi escrito para terapeutas (e não para seus colegas psicanalistas). Isso demonstra que foi preparado com um público específico em mente, conforme declarado no manuscrito, isto é, a Davidson Clinic.
3. Evidências dos arquivos e de outras publicações indicam que, entre 1968 e 1970 (nos últimos dois anos antes de sua morte), as preocupações

Jan Abram

---

conceituais de Winnicott concentraram-se na teoria da agressão e mudança psíquica na prática psicanalítica.

Permitam-me agora aprofundar esses três pontos que destacam a evolução de seus conceitos<sup>20</sup>.

## 1. Achados nos arquivos

Nos arquivos de Winnicott de Londres, a primeira página do texto datilografado *Medo do colapso* está intitulada *The Davidson Clinic, Edimburgo*, digitada e sublinhada. O ano ‘1963’ está escrito à mão com caneta esferográfica<sup>21</sup>. Abaixo disso, o cabeçalho *Medo do colapso*, digitado, e em seguida, ligeiramente abaixo, à direita, o endereço de Winnicott em Londres. Outra data manuscrita abaixo do endereço digitado (que pode ser 1961) está riscada com a correção “1963”. Além da transcrição, há mais duas notas manuscritas (na letra de Winnicott): “Sobre a natureza do colapso mental”, datado como outubro de 1963, e “O axioma de Winnicott”, também datado 1963.

Agora, vamos nos voltar para as publicações. O artigo de Winnicott, *Classificação: existe uma contribuição psicanalítica para a classificação psiquiátrica?*, publicado na primeira edição de seu 2º volume de artigos coletados (Winnicott, 1965a), é datado de 1959 a 1964. No final do artigo, ele acrescenta uma nota: *Post-scriptum 1964*. Isto é seguido por mais duas legendas:

### Uma nota sobre colapso mental

“Alguns pacientes temem o colapso mental. É importante para o analista ter em mente o seguinte axioma: (1964)”.

O axioma (de 1964) é uma versão elaborada da nota de 1963 nos arquivos. A nota de arquivo diz:

Colapso ocorreu. O medo do colapso é o resultado da necessidade do paciente de se lembrar de um colapso que foi significativo. Recordar só pode ocorrer com uma re-experiência. Recordar implica no aumento do crescimento do ego, o que contribui para uma vivência que antes era impossível devido à imaturidade do ego. (Winnicott Archives, Wellcome Library, Londres)

---

<sup>20</sup> Em 1961, Winnicott escreveu uma nota sobre o fator tempo (Winnicott, (1961/1996).

<sup>21</sup> Acho que a letra é de Clare Winnicott.

O medo da loucura no contexto do *a posteriori* (*Nachträglichkeit*) e a reação terapêutica negativa

## 2. Estilo de redação de Winnicott: *Medo do colapso* em comparação com *A psicologia da loucura*

Em geral, existem diferenças importantes entre os trabalhos que Winnicott escreveu para uma plateia de profissionais de saúde mental e/ou para o público em geral, e aqueles em que ele estava se dirigindo aos seus colegas em reuniões científicas na Inglaterra ou no exterior. O estilo da escrita de *Medo do colapso*, apesar de seu conceito psicanalítico sofisticado, parece se enquadrar na categoria de escritos dirigidos aos profissionais de saúde mental – como o manuscrito indica no cabeçalho, *The Davidson Clinic*, que era uma Clínica Médica de Psicoterapia em Edimburgo<sup>22</sup>. O tópico provavelmente teria sido bastante relevante para o tipo de caso tratado pelos terapeutas da clínica. Seu público teria recebido algum treinamento em terapia psicodinâmica e certamente existia um interesse no trabalho de Winnicott, daí o convite. O estilo do artigo é apropriado para esse tipo de público. É bastante curto e impactante – quase como um PowerPoint com suas 15 subseções –, revisitando seu trabalho inicial já conhecido: Crescimento Emocional, Estágios Iniciais; Dependência Absoluta; Agonias Primitivas; Doença Psicótica como Defesa. Esse tipo de resumo introdutório das questões centrais do trabalho não é a maneira como ele apresentaria o tema aos seus colegas em uma reunião científica do *British Psychoanalytical Society* (BPAS). Enquanto vemos que Winnicott apresenta a sua ideia como ‘nova’, é perceptível, a partir de uma leitura mais próxima, que a ideia central se baseia na teoria freudiana original, não desenvolvida, sobre temporalidade (como eu comento no artigo *Medo da loucura*).

Por outro lado, *A psicologia da loucura: uma contribuição da psicanálise* não tem qualquer subdivisão. No início, Winnicott não diz que essa é uma ideia nova, mas sim que aquilo que ele tem a dizer “pode ter sido dito antes por Freud ou outro”. No entanto, ele gostaria de compartilhar sua “mais recente ideia” (p. 119), algo que sugere, eu acho, que a nova ideia em 1963 ainda estava evoluindo em sua mente em 1965. Quando ele escreve em 1965, porém, que “isso pode ter sido dito antes”, mostra ter consciência de que pode estar ampliando algo que Freud (ou outra pessoa) disse ou pelo menos começou a dizer. Winnicott fez uma advertência semelhante no início de seu primeiro artigo seminal em 1945:

Não apresentarei primeiro uma pesquisa histórica nem mostrarei o desenvolvimento de minhas ideias a partir das teorias de outros porque minha

<sup>22</sup> O trabalho nunca foi de fato apresentado na *Davidson Clinic*. Ao invés disso, Winnicott deu três palestras no início de agosto de 1964 na *Davidson Clinic Summer School*: *O Self verdadeiro e falso; O aspecto positivo do comportamento antissocial, com caso ilustrativo; Talento especial auxiliando ou atrapalhando a terapia* (*The collected works of D.W. Winnicott, Volume 12*)

Jan Abram

---

mente simplesmente não funciona dessa maneira. O que acontece é que eu coleciono isso e aquilo, aqui e ali, debruço-me sobre a experiência clínica, elaboro minhas próprias teorias e só aí, ao final de tudo, interessamo-me em ver de onde roubei o quê. Talvez este seja um método tão bom quanto qualquer outro. (Winnicott, 1945 p. 145)

No entanto, o aparente comprometimento de sua *mais recente ideia* também tende a indicar sua preocupação com críticas e com o ceticismo<sup>23</sup>.

Além disso, o tom do artigo de 1965 é permeado por todos os temas sobre o medo do colapso na sua argumentação. No meio do artigo, Winnicott se refere ao seu *axioma* para adaptar o que declarara anteriormente. Parece ser mais uma evidência de que este artigo foi escrito *após* o *Medo do colapso*, sendo o artigo que ele escreveu para seus colegas analistas na Inglaterra. É um mistério que Winnicott nunca tenha apresentado este artigo. Em vez disso, em 6 de outubro de 1965, apresentou um artigo diferente – *Um caso de psiquiatria infantil: descrição de uma entrevista psicoterapêutica*. Ainda assim, durante 1969 e 1970, seus dois últimos anos de vida, deixa claro – a partir de Davis – que ele planejava publicar este artigo em uma nova coleção, talvez assim que um dos dois livros editados por Masud Khan ficasse pronto: *O brincar e a realidade* (1971a) e *Consultas terapêuticas* (1971b), o que aconteceu alguns meses depois de sua morte. Não apenas ele estava ocupado com o trabalho clínico, editorial e de comitê, mas também parece claro que suas últimas preocupações conceituais haviam se afastado do *medo do colapso* e da *psicologia da loucura*, como veremos.

### 3. Preocupações conceituais finais de Winnicott

É minha opinião que O uso de um objeto, apresentado ao Instituto de Nova York em novembro de 1968, constitui o cerne dos desenvolvimentos conceituais e preocupações de Winnicott no final da sua vida<sup>24</sup>. Ele acreditava que o *reconhecimento do elemento destrutivo na ideia excitada primitiva e bruta* tinha sido resolvido quando escreveu *O uso de um objeto*. Considero que ele estivesse se referindo ao conceito central nesse artigo, ou seja, à sobrevivência do objeto, e que este artigo seja, portanto, a formulação alternativa de Winnicott

---

<sup>23</sup> Vale a pena lembrar aos leitores atuais que Klein e seus seguidores rejeitaram extensivamente o trabalho de Winnicott. Anna Freud e seu grupo foram mais receptivos a algumas ideias, mas a maioria não reconheceu sua contribuição original à teoria e técnica psicanalíticas.

<sup>24</sup> É impressionante que, em janeiro de 1969, Winnicott tenha escrito ao Instituto Psicanalítico de Nova York oferecendo dar esta palestra mais tarde naquele ano. Será que isto sugere que ele havia desistido de apresentar qualquer *nova ideia* aos seus colegas em Londres?

ao conceito de Freud da pulsão de morte (Abram, 2013). No entanto, embora o próprio Winnicott sentisse que resolvera o problema, estava ao mesmo tempo frustrado por sua plateia de Nova York aparentemente não tê-lo entendido, o que foi demonstrado pela resposta de seus três debatedores. Além disso, não houve tempo para uma discussão geral com a plateia, algo que ele realmente esperava nessa visita. Logo depois, quando sofria de problemas de saúde, continuou tentando formular seus pontos em um idioma diferente, em sua necessidade de transmitir o significado de seu desenvolvimento conceitual, forçando-o a abordar sua discordância quanto ao conceito de pulsão de morte de Freud de uma maneira mais direta. Curiosamente, em um dos artigos de 1969 – *O uso de um objeto no contexto de Moisés e monoteísmo* –, ele começou a formular mais uma nova ideia sobre o papel do pai no desenvolvimento psíquico inicial<sup>25</sup>.

Mais evidências dos arquivos indicam fortemente que, pouco antes de sua morte, entre dezembro de 1970 e janeiro de 1971<sup>26</sup>, Winnicott estava preparando um documento para apresentar em um painel no Congresso da IPA, a ser realizado em julho de 1971 em Viena – *O conceito psicanalítico de agressão: aspectos teóricos, clínicos e aplicados*. Suas anotações consistem em sete páginas que delineiam um plano para o artigo. As duas primeiras linhas das notas começam: “Estou clamando por um tipo de revolução em nosso trabalho. Vamos reexaminar o que fazemos”<sup>27</sup>. Eu sugeri, em outro momento prévio, que essas notas indicam fortemente que as preocupações finais de Winnicott, pouco antes de sua morte, concentraram-se na dissociação, no ódio, nos elementos masculino e feminino, no uso de um objeto e na regressão (Abram, 2012, 2013).

A julgar pelo prefácio de *Explorações psicanalíticas*, parece que Winnicott prezava muito a sua teoria da loucura e queria que esses dois artigos fossem publicados. Apesar de estar consciente de ter *roubado* Freud e outros, ele também tinha certeza da originalidade de sua abordagem particular à psicanálise.

Permanecerá um mistério o motivo pelo qual a nota de rodapé de Clare Winnicott de 1974 foi ignorada pelos editores de *Explorações psicanalíticas*. Penso que eles não concordaram que *Medo do colapso* tenha sido escrito *pouco antes de sua morte*<sup>28</sup>. E, apesar do meu apêndice aqui, cada leitor terá que decidir

<sup>25</sup> Recentemente sugeri que o desenvolvimento de proposição de um *integrado* – o pai na mente da mãe –, no início de 1969, seja um avanço inovador ao seu conceito de preocupação materna primária. Mais ainda, este trabalho tão tardio oferece mais implicações clínicas do que tentei aprofundar (Abram, 2017).

<sup>26</sup> Winnicott morreu em 25 de janeiro de 1971.

<sup>27</sup> Estas palavras foram escritas à mão por D.W. Winnicott e estão reproduzidas na capa da versão em brochura de *Donald Winnicott today* (Abram, 2013).

<sup>28</sup> Em seu artigo de 1987, Madeleine Davis refere que as discordâncias foram resolvidas amigavelmente (Davis, 1987).

Jan Abram

---

onde o *Medo do colapso* deve ser colocado cronologicamente entre os escritos de Winnicott. □

## Abstract

### **Fear of madness in the context of *Nachträglichkeit* and the negative therapeutic reaction**

Winnicott's psychoanalytic theory of madness is firmly located in the earliest psychic environment in which the infant suffered unthinkable anxiety due to the deficient ego protection from the m/other. This is the *fact* of the patient's history and it is this fact that has to emerge and be *lived through* in the transference of the analysing situation. Winnicott's term *breakdown* essentially refers to the deconstruction of a fragile defence that has been enlisted by the traumatised infant and only thinly covers the underlying *madness*. Madness is a state of mind in which nothing can be comprehended because there is no ego functioning in the subject and no ego protection by the environment. This is the distinction between psychosis and psychotic defences. Emanating from work with a patient whose fear of death, murder and madness was a predominant feature, the psychoanalytic notions of *Nachträglichkeit* and the *negative therapeutic reaction* were invoked. Drawing on Freud, Riviere and Faimberg's plea for a broader conceptualisation of *Nachträglichkeit* this essay offers some reflections on Winnicott's late theory of madness. While Winnicott's theory has its roots in Freudian thought his specific psychoanalytic advances transform the original paradigm. I will argue that Winnicott's contribution to the concept of breakdown and madness in psychoanalysis offers a powerful dimension that constitutes the essential hallmark of his work, i.e. the vicissitudes of the parent-infant relationship. And it is this hallmark that illuminates how his contributions are so radical for psychoanalysis – in practice and in theory.

Keywords: Winnicott; *Theory of madness*; *Fear of breakdown*; Early trauma; Psychosis; *Nachträglichkeit*; *a posteriori*; *Negative therapeutic reaction*; Freud; Riviere; Faimberg

## Resumen

### Miedo a la locura en el contexto del *Nachträglichkeit* y la reacción terapéutica negativa

La teoría psicoanalítica de la locura de Winnicott está firmemente ubicada en el ambiente psíquico primitivo, en lo cual el bebé sufre una ansiedad impensable debido a la deficiente protección del ego por la madre/otro. Este es el *hecho* de la historia del paciente y es este hecho que tiene que emerger y ser (re) experimentado a través de la transferencia de la situación analítica. El término *colapso* de Winnicott se refiere esencialmente a la deconstrucción de una defensa frágil que ha sido reclutada por el niño traumatizado y que apenas cubre la *locura* subyacente. La locura es un estado mental en el que nada se puede entender porque no hay ego funcionando en el sujeto ni tampoco protección del ego por el entorno. Esta es la distinción entre psicosis y defensas psicóticas. A partir del trabajo con un paciente cuyo miedo a la muerte, al asesinato y la locura era una característica predominante, se invocaron las nociones psicoanalíticas de *a posteriori* (*Nachträglichkeit*) y la *reacción terapéutica negativa*. Basándose en la demanda de Freud, Riviere y Faimberg para una conceptualización más amplia de *a posteriori* (*Nachträglichkeit*), este ensayo ofrece algunas reflexiones sobre la tardía teoría de la locura de Winnicott. Si bien la teoría de Winnicott tiene sus raíces en el pensamiento freudiano, sus avances psicoanalíticos específicos transforman el paradigma original. Se argumenta además que la contribución de Winnicott al concepto de colapso y locura en el psicoanálisis ofrece una dimensión poderosa que constituye el sello esencial de su trabajo, es decir, las vicisitudes de la relación padres/hijos. Y es este sello distintivo el que ilumina cómo sus contribuciones son tan radicales para el psicoanálisis, en la práctica y en la teoría.

Palabras clave: Winnicott; *Teoría de la locura*; *Miedo al colapso*; Trauma temprano; Psicosis; *Nachträglichkeit*; *a posteriori*; *Reacción terapéutica negativa*; Freud; Riviere; Faimberg

## Referências

- Abram, J. & Hinshelwood, R.D. (2018). *The clinical paradigms of Melanie Klein and Donald Winnicott: comparisons and dialogues*. London: Routledge.
- Abram, J. (1996). *The language of Winnicott: a dictionary of Winnicott's use of words* (1<sup>st</sup> ed.). London: Karnac. (2007, 2<sup>nd</sup> ed.)

Jan Abram

---

- Abram, J. (2002). *Synopsis for the complete works of Winnicott* (unpublished).
- Abram, J. (2008). Donald Woods Winnicott: a brief introduction. *The International Journal of Psychoanalysis*, 89, 1189-1217.
- Abram, J. (2012). D.W.W's Notes for the Vienna Congress 1971: a consideration of Winnicott's theory of aggression and an interpretation of the clinical implications. In *Donald Winnicott Today*. London: New Library of Psychoanalysis, Routledge, 2013.
- Abram, J. (2013). *Donald Winnicott Today*. London: New Library of Psychoanalysis, Routledge.
- Abram, J. (2017). *The paternal integrate and its role in the analyzing situation* (German translation) *Zeitschrift für psychoanalytische Theorie und Praxis* (0169-3395).
- Davis, M. (1987). The writing of D.W. Winnicott. *International Review of Psychoanalysis*, 14, 491-502.
- Faimberg, H. (1998). *Nachträglichkeit* and Winnicott's Fear of Breakdown. In J. Abram, *Donald Winnicott Today* (Chapter 8). London: New Library of Psychoanalysis, Routledge, 2013.
- Faimberg, H. (2005). *The telescoping of generations: listening to the narcissistic links between generations*. London/New York: Routledge.
- Faimberg, H. (2007). A plea for a broader concept of *Nachträglichkeit*. *The Psychoanalytic Quarterly*, 76(4), 1221-40.
- Freud, S. (1975a). The Ego and the Id. In J. Strachey, *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud – The Ego and the Id and Other works (1923-1925)*, (Vol. 19, pp. 1-66). London: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis. (Original work published in 1923)
- Freud, S. (1975b). The economic problem of masochism. In J. Strachey, *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud – The Ego and the Id and Other works (1923-1925)*, (Vol. 19, pp. 155-170). London: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis. (Original work published in 1924)
- Freud, S. (1975c). Analysis terminable and interminable. In J. Strachey, *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud – Moses and monotheism, An outline of psycho-analysis and Other works (1937-1939)*, (Vol. 23, pp. 216-253). London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis. (Original work published in 1937)
- Freud, S. (1975d). Constructions in analysis. In J. Strachey, *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud – Moses and monotheism, An outline of psycho-analysis and Other works (1937-1939)*, (Vol. 23, pp. 257-269). London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis. (Original work published in 1937)
- Hinshelwood, R.D. (2017). Personal Communication.
- Laplanche, J. (1989). *New foundations for psychoanalysis*. London: Blackwell.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris: Puf.
- Loparic, Z. (2010). From Freud to Winnicott: aspects of a paradigm change. In J. Abram, *Donald Winnicott Today* (Chapter 4). London: New Library of Psychoanalysis, Routledge, 2013.

---

 O medo da loucura no contexto do *a posteriori* (*Nachträglichkeit*) e a reação terapêutica negativa
 

---

- Ogden, T. (2014). *Fear of breakdown and the unlived life*. *The International Journal of Psychoanalysis*, 95(2), 205-223.
- Riviere, J. (1936) A Contribution to the analysis of the negative therapeutic reaction *Int J Psychoanal* 17: 304-320
- Sandler, J. (1983). Reflections on some relations between psychoanalytic concepts and psychoanalytic practice. *The International Journal of Psychoanalysis*, 64, 35-45.
- Winnicott, C. (1974). Footnote in the page 7 of the paper 'Fear of breakdown'. *International Review of Psychoanalysis*, 1, 103-107.
- Winnicott, C. (1980). Fear of breakdown: a clinical example. *The International Journal of Psychoanalysis*, 61, 351-357.
- Winnicott, D.W (1953). Psychoses and child care. *British Journal of Medical Psychology*, 26, 68-74.
- Winnicott, D.W. ([1959-1964]). Classification: is there a psychoanalytic contribution to psychiatric classification? In *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. London: Hogarth, 1965. (International Psychoanalytical Library, No. 64.)
- Winnicott, D.W. (1945). Primitive emotional development. *The International Journal of Psychoanalysis*, 26, 137-43.
- Winnicott, D.W. (1949 [1947]). Hate in the countertransference. *The International Journal of Psychoanalysis*, 30, 69-74.
- Winnicott, D.W. (1952). Anxiety associated with insecurity. In *Collected papers: Through paediatrics to psychoanalysis*, (1<sup>st</sup> edition, pp. 97-100). London: Tavistock, 1958.
- Winnicott, D.W. (1954). Meta-psychological and clinical aspects of regression. In *Collected papers: Through paediatrics to psychoanalysis*, 1<sup>st</sup> edition. London: Tavistock, 1958.
- Winnicott, D.W. (1958). *Collected papers: Through paediatrics to psychoanalysis*, 1<sup>st</sup> edition. London: Tavistock.
- Winnicott, D.W. (1960a). Ego distortion in terms of true and false self. In *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development* (pp. 140-52). London: Hogarth, 1965. (International Psychoanalytical Library, No. 64.)
- Winnicott, D.W. (1960b). The theory of the parent–infant relationship. *The International Journal of Psychoanalysis*, 41, 585-95.
- Winnicott, D.W. (1962). Providing for the child in health and crisis. In *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development* (pp. 64-72). London: Hogarth, 1965. (International Psychoanalytical Library, No. 64.)
- Winnicott, D.W. (1963 [1960]). The development of the capacity for concern. *Bull Menninger Clin* 27, 167-76; In *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. London: Hogarth, 1965. (International Psychoanalytical Library, No. 64.)
- Winnicott, D.W. (1963) Dependence in infant-care, in child-care, and in the psychoanalytic

Jan Abram

---

- setting. *The International Journal of Psychoanalysis*, 44, 339-44.
- Winnicott, D.W. (1965a). Classification: Is there a psychoanalytic contribution to psychiatric classification. In *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. London: Hogarth, 1965. (International Psychoanalytical Library, No. 64.)
- Winnicott, D.W. (1965b). The psychology of madness. In *Psychoanalytic explorations*, ed. Clare Winnicott, Ray Shepherd, Madeleine Davis. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1989.
- Winnicott, D.W. (1967). The location of cultural experience. *The International Journal of Psychoanalysis*, 48, 368-72.
- Winnicott, D.W. (1969). The use of an object and relating through identifications. *The International Journal of Psychoanalysis*, 50, 711-6.
- Winnicott, D.W. (1971a). *Playing and reality*. London: Tavistock.
- Winnicott, D.W. (1971b). *Therapeutic consultations in child psychiatry*. London: Hogarth.
- Winnicott, D.W. (1974 [1963]). Fear of breakdown. *International Review of Psychoanalysis*, 1, 103-107.
- Winnicott, D.W. (1989). *Psychoanalytic explorations*, ed. Clare Winnicott, Ray Shepherd, Madeleine Davis. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Winnicott, D.W. (1996). Notes on the time factor in treatment. In *Thinking about children* (pp. 231-234). London: Karnac. (Original work published in 1961)
- Winnicott, D.W. Postscript: DWW on DWW [1967]. In C. Winnicott, R. Shepherd, M. Davis, (Eds.), *Psychoanalytic explorations* (pp. 569-82). Cambridge, MA: Harvard University Press, 1989; Abram, J. (2013). *Donald Winnicott Today*. London: New Library of Psychoanalysis, Routledge. Chapter 1 DWW on DWW.

Recebido em 22/01/2020

Aceito em 08/04/2020

Tradução de **Angela Silveira**

Revisão gramatical de **Gustavo Czekster**

Revisão técnica de **Cristiano Freitas Frank**

**Jan Abram**

Flat 11 Norton Lees Mansions

63 Woodside Avenue

London N10 3JA

janabram3@gmail.com

© Jan Abram/ *Psyche* (Germany)

Versão em português da Revista de Psicanálise – SPPA