



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE
JANEIRO CENTRO DE TEOLOGIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE PSICOLOGIA**

SOPHIA AIRÃO SANTA-ROSA

**AUTOCLIVAGEM NARCÍSICA:
MECANISMO DE DEFESA E POSSIBILIDADE DE VIDA**

**Rio de Janeiro
2025**

SOPHIA AIRÃO SANTA-ROSA

**AUTOCLIVAGEM NARCÍSICA:
MECANISMO DE DEFESA E POSSIBILIDADE DE VIDA**

Monografia apresentada ao Departamento de Psicologia do Centro de Teologia e Ciências Humanas da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Renata Mello

Rio de Janeiro
2025

“A doença foi bem a razão

De todo o impulso de criar

Criando eu pude me curar

Criando eu me tornei são.”

Heinrich Hein

AGRADECIMENTOS

À Renata Mello, orientadora desta monografia, não somente pela guia sensível, mas principalmente por inspirar seu tema. Foi por meio dela que pude conhecer, para além do traumático, a vida remanescente na clivagem e suas delicadas nuances, tão fascinantes.

À Daniela Romão, minha supervisora, por constantemente me ensinar sobre uma clínica implicada, situada e sensível. Considero um privilégio ter dado meus primeiros passos clínicos sendo acompanhada por um olhar tão delicado e presente. As supervisões e monitorias deixarão saudade, mas os ensinamentos que adquiri sempre me farão companhia.

À Isabel Fortes, que foi minha professora de Psicanálise III e permitiu meu primeiro contato com Ferenczi e sua teoria do trauma. Apesar dos três anos passados, lembro-me, como se fosse ontem, da minha curiosidade e encantamento ao ouvir sobre o tal do “bebê sábio”.

À Terezinha Féres-Carneiro e Andrea Magalhães, pelos ensinamentos acadêmicos e por me apresentarem a importância e o valor da pesquisa e da escrita.

Aos meus pais, Ana Helena e Walter, por todo suporte que permitiu meu crescimento e, eventualmente, a produção deste trabalho. Agradeço, especialmente, à minha mãe, por tudo - a presença, suporte, amor, fantasia, parceria e compreensão, que foram essenciais no processo de escrita desta monografia, mas que existiram por toda a minha vida, permitindo o meu devir.

À minha avó, Valdete, por ser a gargalhada e a música da casa. Com seu jeito único, vaidoso, rigoroso, ponderador, protetor, “estóico”, poético e extremamente parceiro, cuidou (e cuida) de mim com muito amor e “gaiatices”. Agradeço, também, por ter me apresentado diferentes melodias e leituras, a importância dos estudos, de ter com quem contar e de viver com um sorriso no rosto. Vovó, “*I love you*”.

À Waninha, pela “mente aberta”, pela política e inspiração.

À Laís, pela irmandade, pelas risadas sinceras que distraem qualquer caos e por ser confidente de tantos medos, desejos e conquistas.

À Victória, pela inspiração que se deu de tantas formas.

Aos meus amigos, pelas alegrias e histórias compartilhadas. Agradeço, em especial, aos que acompanharam de perto toda ou alguma parte da minha trajetória universitária, sempre oferecendo incentivo.

Aos meus colegas de supervisão, pela parceria na psicanálise e pela construção mútua de um espaço em que tantas trocas, ensinamentos, inseguranças e vulnerabilidades puderam existir. Em especial, agradeço à Laura, amiga e companheira de graduação, pelas vezes em que, com seu jeito acelerado, me “empurrou para frente” junto com ela, sendo incentivo de coragem e determinação.

Aos meus pacientes, pela confiança e pelos ensinamentos práticos, forçando-me a encarar o não-saber, que me movimenta na busca incansável de mais conhecimento.

À Casa Verde e todas as pessoas que já passaram por lá. Com cada vivência aprendo sobre psicanálise, psicose, amor, incertezas e sobre mim. Agradeço, em especial, aos amigos que fiz nessa jornada e que tornam a entrega exigida no trabalho muito mais leve.

À dança e à música, por terem sido um refúgio necessário na elaboração desta monografia, oferecendo acolhimento em momentos de medo e desesperança.

RESUMO

Resumo: Esta monografia investiga a autoclivagem narcísica como resposta paradoxal ao traumatismo, articulando suas bases teóricas, expressões clínicas e implicações para o trabalho analítico. Partindo da leitura ferencziana do trauma, destaca-se o papel do desmentido, da confusão de línguas e da solidão radical na constituição de uma subjetividade fragmentada, que recorre à autoclivagem como gesto de salvamento. No primeiro capítulo, examina-se o traumatismo em sua dimensão relacional e real, enfatizando a ruptura do *eu*, a autoplastia e a emergência de fragmentos cindidos cujo desligamento entre afetividade e intelecto produz formas ambivalentes de sofrimento. Estas formas são exploradas no segundo capítulo, que aprofunda a progressão traumática, explorando a maturidade acelerada, a função órfica e a figura do “bebê sábio” como modos de existência que asseguram a continuidade da vida à custa de um alto preço afetivo. No terceiro capítulo, discute-se a clínica da clivagem, evidenciando os desafios de uma análise marcada pela literalidade, quebra da capacidade associativa e presença de discursos intelectuais que ocultam um sofrimento irrepresentável. A partir das contribuições de Ferenczi e autores contemporâneos, argumenta-se que o manejo clínico requer elasticidade técnica, disponibilidade sensível e *tato* como forma de contrastar a frieza originária do trauma. Conclui-se que a autoclivagem narcísica, mais do que patologia, constitui um modo legítimo de subjetivação e sobrevivência, convocando uma clínica que reconheça a fragmentação como possibilidade de vida e ofereça, na relação analítica, a presença afetiva que faltou no momento originário do horror.

Palavras-chave: Autoclivagem narcísica; Trauma; Ferenczi; Progressão traumática; Clínica da clivagem.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	8
1. TRAUMA E CLIVAGEM.....	11
2. A PROGRESSÃO TRAUMÁTICA.....	20
3. A CLÍNICA DA CLIVAGEM.....	27
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41

INTRODUÇÃO

A autoclivagem narcísica, formulada por Sándor Ferenczi em suas obras, delineia um modo singular de preservação da vida frente ao choque traumático. Longe de reduzir-se a uma fragmentação psíquica patológica a ser unificada, esse fenômeno revela um movimento criativo do sujeito, que produz, em meio ao horror, condições para seguir existindo. Trata-se, portanto, de um mecanismo de defesa que, ao mesmo tempo em que mutila, protege; que rompe, conserva; que produz devastação, mas também inaugura formas inéditas de organização psíquica (Baracat & Belo, 2025; Gondar, 2012; Reis, 2017c). Explorar as nuances desse funcionamento, entendendo suas bases, efeitos e expressões clínicas, é o que orienta o presente trabalho.

Se, historicamente, a psicanálise clássica inclinou-se a compreender o trauma pela via da fantasia e do conflito intrapsíquico, Ferenczi recoloca a ênfase no acontecimento real, na violência concreta e no impacto disruptivo da ausência de um ambiente cuidador (Ferenczi, 1932, 1933). A complexidade do traumatismo - e dos efeitos que convoca - exige um alargamento da escuta clínica, uma elasticidade técnica e uma sensibilidade que a prática psicanalítica tradicional, por vezes, não alcança (Ferenczi, 1928b). Os sujeitos clivados, marcados por um sofrimento literal, pouco simbolizado e frequentemente inacessível às vias interpretativas (Vertzman, 2002), desafiam qualquer modelo rígido, demandando um analista capaz de adaptar-se ao analisando - e não o contrário. Essa clínica, que envolve fragmentação, silêncios, retraimento afetivo, intelectualizações precoces e uma aparência de maturidade extrema (Câmara & Herzog, 2023; Reis, 2017a), é aquela para a qual este estudo pretende contribuir.

Para tanto, apresento os fundamentos ferenczianos acerca do traumatismo, enfatizando o papel do desmentido, da confusão de línguas e do abandono afetivo na constituição subjetiva (Ferenczi, 1932, 1933). Discuto, também, a ruptura do *eu* diante da comoção psíquica, explorando a autoclivagem como reação autoplástica necessária para a sobrevivência. Nesse horizonte, aprofundo a noção de fragmentação subjetiva, da literalidade traumática e dos modos pelos quais o afeto perde sua ligação ao *eu*, instaurando uma cisão entre intelecto e sensibilidade (Ferenczi, 1932, 1934). Torna-se possível compreender, assim,

o importante paradoxo que atravessa o fenômeno: a clivagem, apesar de destrutiva, mostra-se como salvamento.

Nesse sentido, é retomada a ambiguidade constitutiva da clivagem, explorando aquilo que Ferenczi (1933) nomeia de prematuração ou progressão traumática. Aqui, destaco a emergência precoce de capacidades intelectuais e de cuidado que, embora impressionantes, carregam um custo afetivo elevado - aquilo que Reis (2017a) descreve como “maturidade extrema”. A imagem do “bebê sábio” (Ferenczi, 1933), que consolida a função órfica e o movimento autoprotetivo, evidencia o drama de crianças que amadurecem para sobreviver: fragmentos cuidadores precoces convivem sem contato com núcleos destruídos. A discussão aprofunda o tensionamento entre brilhantismo intelectual, anestesia afetiva e solidão radical (Mello, Féres-Carneiro & Magalhães, 2019). A progressão traumática se dá, portanto, não apenas como efeito do trauma, mas como forma de vida que se organiza diante do insuportável.

Com isso em mente, introduzo a discussão clínica, expondo de que maneira o sujeito clivado chega à análise: discursos altamente intelectualizados, dificuldades associativas, retraimento, rigidez e silêncios que expressam a literalidade traumática (Vertzman, 2002). A partir de Ferenczi (1928b), especialmente de suas críticas à hipocrisia profissional, apresento a necessidade de uma clínica baseada no tato psicológico, na sensibilidade e na capacidade de “sentir com” o paciente. Exploro a função órfica do analista e seu papel vitalizante (Baracat & Belo, 2025), destacando o resgate da ternura infantil (Kupperman, 2019) e o reconhecimento como avesso do desmentido (Gondar, 2012). Concluo, assim, que a análise se apresenta como espaço de criação de novos circuitos afetivos e de reencantamento com o mundo, possibilitando que o analisando torne-se autor de sua própria história, e não mais a vítima (Reis, 2017b).

Por fim, cabe destacar um aspecto que atravessa este trabalho e que justifica a escolha do tema. Como graduanda em psicologia, encontrei, na obra de Ferenczi, não apenas um campo teórico instigante, mas uma sensibilidade rara, capaz de reconhecer, com precisão e delicadeza, a dor infantil e suas sobrevivências na vida adulta. A forma com que o psicanalista húngaro descreve os efeitos traumáticos como maneiras paradoxais de existir diante da violência despertou em mim um interesse profundo. A autoclivagem narcísica, com toda sua

complexidade e ambivalência, oferece um modo de compreender sujeitos que insistem em viver, mesmo quando a vida lhes foi quase arrancada. Estudar esse fenômeno se tornou, para mim, um modo de reconhecer essas sobrevivências, buscando exercer um trabalho clínico mais sensível e atento ao sofrimento, muitas vezes tímido, do analisando.

CAPÍTULO 1 - TRAUMA E CLIVAGEM

O trauma, tema muito abordado de diferentes maneiras no meio psicanalítico, foi bastante pensado por Ferenczi, psicanalista húngaro, de maneira inovadora. Suas experiências clínicas com casos considerados “inanalizáveis”, ou seja, aqueles que desafiavam a teoria e prática da psicanálise tradicional por não serem suficientemente abarcados por ela, contribuíram para essa necessidade de inovação e *elasticidade* (Knobloch, 1998, p. 34).

Para o psicanalista húngaro, a subjetividade humana se constitui por meio das relações, isto é, das relações entre o corpo e o mundo (Gondar, 2017b). Com isso em mente, considerando o destaque unilateral que vinha sendo feito à dimensão das fantasias psíquicas, propõe uma nova ênfase, apontando a importância de levar em consideração, também, a realidade - situações que *de fato* aconteceram (Knobloch, 1998). Enfatiza o papel do meio externo no processo de subjetivação do sujeito e, conseqüentemente, na formação traumática (Ferenczi, 1933), perspectiva retomada por Knobloch (1998, p. 46) ao afirmar que “o trauma psíquico é real e o conflito é com o meio externo”. Aprofundando essa visão, Pinheiro (1995) ressalta que o trauma ferencziano pressupõe a intervenção de um fator exógeno, que não apenas impõe uma mudança abrupta no aparelho psíquico, mas também o mobiliza em sua totalidade, evidenciando a dimensão disruptiva da realidade sobre a pessoa.

Nesse sentido, nos encontramos diante de um movimento bastante incomum proposto por Ferenczi (1928a): que a família se adapte à criança, e não o contrário. Ao seu ver, o primeiro passo para que isso seja feito envolve a compreensão das crianças por parte dos adultos que as recebem. Eles, por sua vez, devem, para isso, “compreender-se melhor eles próprios” a fim de alcançar alguma representação de sua vida psíquica. A realização de tal ato, porém, é mais difícil do que poderíamos imaginar, e a dificuldade representa o maior obstáculo relacionado à compreensão de questões cruciais da educação, isto é, o esquecimento dos pais de sua própria infância. Sobre esse primeiro erro parental, o psicanalista pontua “a que ponto as crianças são sensíveis, mas os pais não o crêem; não podem imaginar a extrema sensibilidade de seus filhos [...]” (Ferenczi, 1928a, p. 1,2,5).

O autor fala ainda sobre a necessidade de tratar as crianças com prudência, oferecendo-lhes a possibilidade de agir de acordo com seus impulsos, mas também de

sublimá-los, de modo que aprendam a direcionar necessidades primitivas no sentido da utilidade. Gomes (2016), em relação a isso, aponta que, além dos estímulos externos que podem, por vezes, ultrapassar o limite do que o bebê pode tolerar, existe um mundo de excitações internas que o infante só é capaz de suportar com o auxílio do ambiente.

A partir dessa ideia, torna-se lógica a importância que Ferenczi (1929) direciona ao acolhimento oferecido (ou não) por parte do ambiente para o desenvolvimento infantil. O autor propõe a ideia de “hóspedes que não foram bem-vindos”, referindo-se às crianças cujo ambiente de crescimento não foi adaptado à elas - até mesmo naqueles casos em que eram genuinamente desejadas. Fatores externos, como luto parental ou sobrecarga emocional/material, por exemplo, acabam fazendo com que sejam acolhidas de maneira pouco amorosa. Nessas condições, as crianças notam em seus cuidadores “sinais conscientes e inconscientes de aversão ou impaciência”, registros esses capazes de “quebrar” sua vontade de viver (Ferenczi, 1929, p. 48-49).

Estando mais próximo do *não-ser individual*, torna-se mais simples, para o bebê, retornar a esse momento diante da ausência de forças vitais, fracas no nascimento, que o direcionam a outro sentido. Cabe ao ambiente cuidador, por meio de um tratamento e educação amorosos, ternos e cuidadosos, oferecer o “fortalecimento”, permitindo à criança uma imunização contra pulsões destrutivas. Sem isso, na existência de um acolhimento rude e sem carinho, a criança “morre facilmente e de bom grado” ou conserva uma “aversão à vida” (Ferenczi, 1929, p. 49-50). Balint (1968, p. 63) nos apresenta ideia semelhante ao afirmar que a resposta a alguma desarmonia entre sujeito e objeto consistirá em sintomas ruidosos e intensos que permitem a emergência de movimentos de destruição, agressividade e desintegração, capazes de consumir o sujeito, como se o *self* fosse rompido. Enquanto isso, a prevalência de uma harmonia (imunizadora) instaura “uma sensação de bem-estar calmo e tranquilo”.

Torna-se viável explorar melhor o possível “abismo” entre pais e filhos a partir dos níveis distintos aos quais ambos pertencem. Os adultos, “falantes” da linguagem da paixão, situam-se em um nível passional, repleto de ambivalências, paixões, ódio e culpa. As crianças, por sua vez, “falantes” da linguagem da ternura, encontram-se em um nível terno (também chamado de estágio do amor objetal passivo), que buscam sempre preservar. Ele é

caracterizado por sua imaturidade (personalidade não plenamente desenvolvida), caráter lúdico e inocência (Ferenczi, 1933). Na comunicação entre ambos, o adulto, capaz de acolher o infante, seria responsável, utilizando-se da ternura, por “traduzir” e apresentar o mundo à criança. Diante da ausência dessa tradução cuidadosa, uma “confusão de línguas” se instaura e, a partir dela, o fator traumático explorado por Ferenczi (1933, 103).

O autor elucida o traumatismo, especialmente sexual, a partir de um enredo em que adulto e criança que se amam, brincam. Esse jogo, mesmo que assuma, porventura, formas eróticas, permanece sempre no nível da ternura. O adulto, entretanto, com tendências psicopatológicas, confunde as brincadeiras lúdicas infantis com desejos passionais de alguém já maduro sexualmente, deixando-se levar, inconsequentemente, para a prática de atos sexuais. Diante da força e autoridade esmagadoras do adulto, o infante, ainda frágil para protestar até mesmo em pensamento, vê-se sem defesa física ou moral. Dominado pelo pavor, emudece, sendo incapaz de resistir ou recusar, podendo, inclusive, perder a consciência – encontra-se em estado de choque, experimentando uma aniquilação do sentimento de si (Ferenczi, 1933; Gondar, 2017a).

A criança, assim, responde automaticamente ao abuso, obedecendo e submetendo-se ao agressor, de maneira que antecipa seus menores desejos e vontades (Ferenczi, 1933). Segundo Liberman (2013), o movimento de adivinhação representa uma “inversão de adaptação” em que, em vez do adulto se adaptar às necessidades da criança, ela é quem se adapta às mínimas necessidades do adulto/agressor, “esquecendo-se completamente de si” e identificando-se inteiramente com ele (Ferenczi, 1933, p. 102). Diante dessa desvalorização absoluta do desejo infantil é de se esperar que, em geral, a criança torne-se, inclusive, mais facilmente submissa ao desejo do outro, como argumenta Gondar (2017b). De todo modo, por meio da identificação ansiosa que se dá, a criança introjeta o abusador, que passa a existir, então, apenas como conteúdo intrapsíquico, e não mais como realidade externa. Mesmo que esse conteúdo seja submetido ao processo primário – sendo “modelado e transformado de maneira alucinatória, positiva ou negativa” –, o crucial é que a agressão deixa de existir como realidade exterior (Ferenczi, 1933, p. 102). Tal fenômeno diz respeito à primeira reação a um choque traumático, que é sempre uma ruptura com a realidade, representando uma “psicose passageira” (Ferenczi, 1930, p. 61). Com isso, durante o transe traumático, a criança alcança

sua intenção: mesmo a um alto custo, mantém a situação de ternura preexistente (Ferenczi, 1933).

Durante esse processo, entretanto, a criança esbarra em um obstáculo: ao introjetar seu agressor, introjeta também a culpa dele, o que provoca uma mudança significativa no infante (Ferenczi, 1933). Ao mesmo tempo inocente e culpado, o mesmo passa a entender-se como merecedor de punição pela brincadeira, até então, anódina. Segundo Gondar (2017b), a criança violentada por quem ama, encontra-se em estado de choque e confusão, vendo-se sem referências. Nesse contexto, a incorporação da culpa de quem a feriu parece ser a única saída viável — afinal, qualquer outra alternativa implicaria a perda daquele que, mesmo temido, segue sendo amado e precisado. Trata-se, como ressalta a autora (2017, p. 97), de "uma questão de vida ou morte" física e psíquica. Em outras palavras, o infante, visando o salvamento do adulto, sujeita-se a uma injustiça, isto é, arca com o sentimento de culpa do mesmo: “É mais suportável para a criança tornar-se culpada do que renunciar ao adulto idealizado” (Gondar, 2017b, p.97). Enquanto isso, a figura abusadora mantém-se, aos olhos infantis, como poderosa, forte e responsável por sua sobrevivência. De acordo com Pinheiro (1995, p. 73), “O objeto idealizado manterá seu lugar custe o que custar, às vezes ao preço da loucura da criança”.

Ferenczi (1933) afirma como o comportamento de irritação, grosseria ou displicência do agressor após o abuso é capaz de agravar a confusão da criança que, já neste momento, encontra-se dividida (em inocente e culpada) e incapaz de confiar nos testemunhos de seus próprios sentidos. Essa conduta reafirma o “erro” infantil, o que aumenta ainda mais o sentimento de vergonha presente no infante. Diante disso, vê-se na necessidade de recorrer a outra pessoa, de confiança, para que possa compreender o que se passou e “dar sentido ao que não fez sentido” (Pinheiro, 1995, p. 68-69). Diferente do esperado, esse adulto, incapaz de suportar o relato infantil, age com descaso e menosprezo, negando e desmentindo o infante, reduzindo sua vivência real à uma fabulação. A negação do sofrimento existente por meio do desmentido é, justamente, “o que torna o traumatismo patogênico” (Ferenczi, 1931, p. 79) e, segundo Cabré (2017), ele representa um novo ataque à capacidade de dar sentido ao que foi ocorrido, constituindo o aspecto mais violento do trauma. Nas palavras de Ferenczi (1931, p. 91):

O pior é realmente a negação, a afirmação de que não aconteceu nada, de que não houve sofrimento ou até mesmo ser espancado e repreendido quando se manifesta a paralisia traumática do pensamento ou dos movimentos; é isso, sobretudo, o que torna o traumatismo patogênico.

Vale ressaltar que, até o momento descrito, a criança contava com a segurança do laço estabelecido com o adulto, encontrando-se, depois dele, desamparada, sem proteção ou suporte (Mello, 2021). Para Ferenczi (1932), é essa incerteza quanto à confiabilidade de alguém que representa o protótipo de toda a confusão. O que simulava uma relação afetiva se mostra diferente ou, até mesmo, o oposto - o infante teria, portanto, se enganado.

[...] alguém, por sua atitude ou suas palavras, fez “cintilar” uma certa relação afetiva; o momento do desvio intervém quando se vai ao encontro de uma situação com uma certa representação antecipada e, no lugar disso, encontra-se uma outra coisa, frequentemente o oposto; portanto: ser surpreendido por alguma coisa. A confusão corresponde ao momento situado entre a surpresa e a nova adaptação. (Ferenczi, 1932, p. 84)

Então, sendo precedida pelo *sentimento de estar seguro de si*, referente a uma confiança excessiva no mundo e no próprio indivíduo, a comoção psíquica irrompe sempre sem aviso, provocando a aniquilação desse sentimento (Ferenczi, 1934). Resta, assim, uma decepção profunda e “solidão absoluta”, em que a falta de apoio se dá como o fator mais agressivo. Em completa vulnerabilidade e na ausência de defesas diante da falta de uma resposta adequada, o infante vê-se “à beira da não existência” (Mello, 2021, p. 63).

Pinheiro (1995), explorando a responsabilidade do desmentido frente ao trauma, entende que é a partir da relação com o adulto que a criança adquire uma palavra própria. Nesse sentido, nos primeiros anos de vida, é ele quem assume o papel de autorizar ou não a existência da fala infantil que, no trauma, é interdita juntamente com a possibilidade de ambiguidade e polissemia das palavras (Pinheiro, 1995). Extrapolando essa ideia, Knobloch (1998) indica que o desmentido não está somente no papel da não confirmação de um sofrimento real, mas também coloca em dúvida a própria existência daquele que o experienciou. Dito de outro modo, Gondar (2017b, p. 91) propõe: “O desmentido não é apenas uma questão de palavra: são os afetos de um sujeito, o seu sofrimento, e ele próprio enquanto sujeito que está sendo desmentido.”

A partir disso, entende-se que a violência física é necessária, mas não suficiente para tornar o trauma invalidante ou patogênico (Avello, 1994; Gondar, 2017b). Isso depende, de fato, da capacidade de assistência que o adulto é capaz de disponibilizar (Avello, 1994); ou

seja, para a concretização traumática, é fundamental que a experiência de negação ocorra: “as variadas possíveis sequelas de um traumatismo só se consolidam diante da presença do desmentido” (Gondar, 2017b, p. 91). O evento violento pode ter ocorrido sem deixar sequelas ou deixando-as em um nível mínimo, o que, para Ferenczi (1931), seria possível diante do acolhimento e sinceridade oferecidos pelo adulto de confiança a quem a criança recorreu.

Tem-se mesmo a impressão de que esses choques serão superados, sem amnésia nem sequelas neuróticas, se a mãe estiver presente, com toda sua compreensão, sua ternura e, o que é mais raro, uma total sinceridade. (Ferenczi, 1931, p. 91)

Seguindo o caminho traumático, como resposta ao sentimento de aniquilamento provocado pelo desmentido, a criança desamparada, de personalidade ainda imatura, vê-se diante de uma única saída: a autoclivagem narcísica (Ferenczi 1933; 1931). Segundo Ferenczi (1933, p. 104), “não existe choque, nem pavor, sem um anúncio de clivagem da personalidade”. Tal fenômeno trata-se, de fato, do recurso possível diante da comoção psíquica que acomete o sujeito vítima de um traumatismo. De acordo com o autor, essa “comoção”, representa uma

reação a uma excitação exterior ou interior, num modo mais autoplástico (que modifica o eu) do que aloplástico (que modifica a excitação). Esta neoformação do eu é impossível sem uma prévia destruição parcial ou total, ou sem uma dissolução do eu precedente. Um novo ego vai se formar a partir de fragmentos, produtos mais ou menos elementares da decomposição deste último (explosão, pulverização, atomização). (Ferenczi, 1932, p. 227)

Cabe ressaltar, diante da afirmativa, a impossibilidade de reações aloplásticas acontecerem devido à idade precoce em que o trauma se dá. O sujeito recorre à autoplastia como recurso disponível (Ferenczi, 1933). Para uma melhor compreensão dessa ideia, recorro ao conceito de “autotomia”, muito utilizado pelo psicanalista na intenção de oferecer uma analogia ao movimento de clivagem (Ferenczi, 1926). Retirado da biologia, diz respeito à amputação espontânea de um membro do corpo que certos seres vivos fazem neles próprios com o objetivo de desprender-se de uma fonte de dor e sofrimento agudo, enquanto garantem a segurança do restante. De modo semelhante, reage a criança abandonada: frente ao desprazer crescente diante da ausência de um salvamento, a autodestruição mostra-se como válvula de escape que permite a libertação da angústia, preferível ao sofrimento mudo (Ferenczi, 1934). Existe, como aponta Knobloch (1998, p. 57, 63), uma “vontade de sobreviver a qualquer custo”, nem que seja necessário, para isto, a destruição de si. Em sintonia com esse modo de sobrevivência paradoxal, Balint (1968, p. 17-18) relata que,

mesmo diante de intensas sensações de vazio e morte, frequentemente, há no sujeito traumatizado uma determinação forte, sincera e calma de “ver através das coisas”. Refere-se a isso como uma “estranha mistura de sentimento profundo”, em que a vontade de lutar é ausente, mas há, ainda assim, “uma inabalável determinação de avançar”. Ferenczi (1931, p. 89) afirma:

Tudo se passa verdadeiramente como se, sob a pressão de um perigo iminente, um fragmento de nós mesmos se cindisse sob a forma de instância autoperceptiva que quer acudir em ajuda, e isso, talvez, desde os primeiros anos da infância.

Pode-se observar na autoclivagem, então, que uma parte da própria pessoa passa a cuidar da outra, de modo que desempenha, com ela, papéis parentais. Assim, como resposta ao abandono traumático, a fragmentação é capaz de anulá-lo e torná-lo “sem efeito” (Ferenczi, 1931, p. 87). A personalidade, portanto, procurando tornar o choque inexistente, “regride para uma beatitude pré-traumática”, um tempo em que o registro da ternura era predominante. Uma consequência, entretanto, é o aprisionamento do núcleo dessa personalidade “ao momento e nível do traumatismo”, representando um fragmento clivado extremamente sensível, “brutalmente destruído” e que “sobrevive em segredo”, precisando esforçar-se constantemente para sua manifestação (Ferenczi, 1933, p. 103-104; 1931, p. 88; 1930, p. 74). De modo figurado, Ferenczi (1930) faz alusão à conversão da maior parte da personalidade em um teratoma, como resultado de choques intensos infantis. Resta, assim, à parcela poupada da personalidade, todo o trabalho de adaptação real, representando um outro fragmento que “sabe tudo, mas nada sente”, anestesiado (Ferenczi, 1931 p. 88).

Vale ressaltar que a “descontinuidade subjetiva radical” que acomete o sujeito traumatizado faz com que as diferentes partes de sua personalidade sejam impedidas de comunicação e, portanto, não se reconheçam (Vertzman, 2002, p. 70). Ferenczi (1933), a respeito da repetição de choques traumáticos ao longo do desenvolvimento, afirma o aumento da quantidade de fragmentos clivados, que comportam-se todos como personalidades distintas e desconhecidas entre si. Vê-se algumas vantagens nesse movimento uma vez que “a cessão da interrelação dos fragmentos de dor permite a cada um deles uma adaptabilidade maior” e uma economia do conflito subjetivo, já que as partes do *eu* “nada querem saber umas das outras” e agrupam-se em diferentes tendências (Ferenczi, 1932, p. 72, 282). Nessa

circunstância, “cada fragmento sofre por si”, o que se torna preferível frente à unificação simultânea de um desprazer com múltiplas faces, que seria insuportável.

Analisando a situação por outro ângulo, entretanto, existe uma desconexão de sentidos produzida pela fragmentação, de modo que o “vivido não alcança a densidade de uma experiência articulada” (Gondar, 2017a, p. 45). Dito de outro modo, vivências distintas não possuem vínculos e encontram-se em registros afetivos isolados (Reis, 2017c). As defesas mobilizadas - e imobilizadas -, diante da ruptura na superfície do *eu*, mantêm separados entre si os aspectos da personalidade, assim como as “memórias de vivências e os conteúdos psíquicos”, todos eles carregados por um excesso de excitação que não encontra possibilidade de derivação (Reis, 2017c, p. 104). Então, pontes entre afeto e mundo são ausentes, isto é, há uma “dissolução das correlações anteriores” entre uma vida sentimental e o *eu* (Gondar, 2017b, p. 38; Vertzman, 2002, p. 71).

A pessoa divide-se num ser psíquico de puro saber que observa os eventos a partir de fora, e num corpo totalmente insensível. Na medida em que o ser psíquico ainda é acessível aos sentimentos, incide todo o seu interesse no único sentimento que subsiste de todo o processo, isto é, o que o agressor sente. (Ferenczi, 1990, p. 142)

Para Mello, Féres-Carneiro e Magalhães (2019), a observação externa e distanciada realizada pela parte intelectual é semelhante à ação de assistir a um filme. Como mecanismo de proteção do infante, tudo é visto de “muito longe” - ele sai de si mesmo ou, como descreve Ferenczi (1932), encontra-se “ausente de si” (Gondar, 2017a, p. 45). Nas palavras de Reis (2017c, p. 105), entende-se que “o puro saber não tem colorido nem sentido afetivo, permanecendo numa esfera de abstração e esvaziamento do eu”. Existe, de fato, um distanciamento em relação à própria pessoa, de maneira que partes psíquicas são deixadas “à margem” (Mello, 2021, p. 49). Entendemos, então, esse movimento como a ruptura das “pontes possíveis entre a subjetividade e a objetividade do mundo”, isto é, entre sentimento e inteligência (Mello, Féres-Carneiro e Magalhães, 2019, p. 6). A autoclivagem, então, realmente permite, no sujeito, a interrupção do sofrimento, do medo da morte e do estado traumático de maneira geral, mas a um alto custo: seu anestesiamento. Como mencionado, a regressão que acomete a vida afetiva faz com que nenhuma emoção seja sentida até o fim e nunca é à pessoa que as coisas acontecem - “Eu não sofro mais; quando muito, uma parte do meu corpo” (Ferenczi, 1932, p. 250; 1934, p. 127). Pode-se pensar, como efeito da fragmentação, que é como se as situações não acontecessem à pessoa, somente ao seu corpo.

Torna-se importante ressaltar, como destaca Vertzman (2002), que a desconexão entre afetividade e intelecto não se equivale a um modo de ser frio ou insensível. Acontece que “os sentimentos que dão sentido à existência e ao trauma” não se referem mais ao *eu* e, assim, existe uma “estranheza radical” no momento em que o indivíduo traumatizado nota que algumas emoções e sensações dizem respeito a ele (p. 71). O autor argumenta, portanto, que a observação e o discurso na terceira pessoa funcionam como refúgio, de modo que observar o que já foi seu *eu* é como, na verdade, olhar para o outro. A construção de uma subjetividade baseada na noção de que os investimentos dirigidos ao mundo são da própria pessoa é impedida (Vertzman, 2002).

[...] retirar dos enunciados subjetivos privilegiados a correlação entre palavras como me mim, minha, eu, etc., e todo um conjunto linguístico definido pela nossa cultura como referido à experiência privada, ao mundo das sensações imediatas e sentimentos, ao campo do exercício da autonomia individual. (Vertzman, 2002, p.71)

A hipersensibilidade concomitante, profundamente escondida no fragmento destruído, atesta a extensa descontinuidade produzida pela ação da clivagem (Vertzman, 2002). A respeito disso, observamos a radicalidade desse mecanismo, que torna impossível que ligações psíquicas sejam estabelecidas, uma vez que o trauma referido localiza-se na ordem da não-representação, fora da dinâmica do recalque (Knobloch, 1998). Entende-se, portanto, que a autoclivagem não pode ser identificada como resultado de um conflito entre dois modos de satisfação; trata-se, de fato, de uma medida de defesa frente ao aniquilamento, não à castração (Reis, 2017a).

Segundo Reis (1992, p. 122), as marcas deixadas pela experiência traumática nunca podem pertencer ao “mundo das memórias evocáveis”, uma vez que não são afirmadas, negadas, nem mesmo recalcadas, localizando-se no corpo, mas sempre ausentes de representação. Nas palavras da autora (2019, p. 57), o conteúdo clivado é aquele que está presente, mas não inscrito, existindo “como uma sombra”. Desse modo, o afeto, que encontra-se desprovido de sentido, possui as alterações orgânicas, sensações, gestos e atos repetitivos como suas únicas vias de expressão (Reis, 2017c, p. 105).

(o traumatismo) Não pode ser *rememorado* porque *já* foi consciente, *somente revivido e reconhecido* como no passado. [...] As lembranças desagradáveis continuam vibrando *algures no corpo* (emoções). (Ferenczi, 1932, p. 284)

CAPÍTULO 2 - A PROGRESSÃO TRAUMÁTICA

Uma vez que a ambiguidade que vive a criança traumatizada foi discutida no capítulo anterior, torna-se possível e importante explorar a forma com que se apresenta. Clivado em duas instâncias, uma cuidadora e outra cuidada, o infante sobrevive de modo paradoxal, como evidenciam Mello e Herzog (2012) ao afirmar sua necessidade de tomar conta de si já que seus objetos primordiais não o fazem. Acontece que, diante da angústia da morte vivida na solidão traumática, disposições latentes ainda não investidas que aguardavam sua maturação são subitamente ativadas. Ou seja, frente à urgência traumática a criança pode vir a “manifestar todas as emoções de um adulto maduro”, passando a apresentar faculdades potenciais que antes eram apenas “virtualmente pré-formadas”, como para o casamento ou parentalidade, por exemplo (Ferenczi, 1933 p. 104). Trata-se, aqui, de uma aceleração da temporalidade, isto é, uma “queima de etapas” que perturba o ritmo de desenvolvimento da criança vítima do “excesso abrupto a um saber sobre a violência dos afetos humanos” (Reis, 2017a, p. 56). Ferenczi (1933), identificando uma forma de reação ao excesso pulsional diferente da regressão clássica da psicanálise, nomeia esse movimento como *progressão traumática* (patológica) ou *prematuração* (patológica), comparando-o à maturação apressada de um fruto bichado ou bicado por um pássaro.

Vale lembrar que o amadurecimento vivido pela criança clivada, seja ele no plano emocional e/ou intelectual, acomete somente uma parte de sua personalidade. Isso porque a experiência traumática faz com que seu *eu* seja cindido em uma “parte sensível, brutalmente destruída”, e outra que deve adaptar-se ao mundo, sabendo de tudo, mas nada sentindo (Ferenczi, 1931, p. 88). De fato, a inteligência, separada da sensibilidade, pode conquistar uma autossuficiência, progredindo a despeito da violência sofrida e permitindo mínimo apaziguamento (Mello e Herzog, 2012). Esse funcionamento autômato, que garante a sobrevivência, é descrito por Ferenczi (1934) como acionado por uma força interna de natureza desconhecida e inconsciente. Ela é capaz de avaliar com precisão matemática não somente a gravidade do traumatismo, mas também a capacidade de defesa disponível. Como uma máquina de calcular complexa, esse mecanismo gera, com segurança automática, o que seria “o único comportamento psíquico e físico prático e correto na situação” do trauma

(Ferenczi, 1934, p. 282). De caráter instintivo e organizador, o autor (1932) nomeia tal força como *orpha*. A função *orpha* da personalidade se separa, de maneira autoplástica, da parte traumatizada como um “mecanismo salva-vidas” (Baracat & Belo, 2025, p. 5). Convocada diante do choque traumático, ela atua a favor da conservação da vida “custe o que custar” - permitindo, inclusive, a instauração da loucura no lugar da morte (Ferenczi, 1932, p. 40). Desse modo, os impulsos órficos desempenham o “papel de um anjo da guarda”, anestesiando a consciência e a sensibilidade contra sensações intoleráveis, ao mesmo tempo em que criam alucinações de realização de promessas e fantasias de consolação. Entende-se que a *orpha* é, sem dúvidas, uma tentativa de cura criativa, mas que carrega “as cicatrizes do horror vivido pela criança”, representando, ao mesmo tempo, um estado patológico (Baracat & Belo, 2025, p. 12).

Esse efeito da progressão traumática é explorado por Ferenczi (1934, p. 134) ao referir-se ao “homem abandonado pelos deuses”. Trata-se do indivíduo que, insistindo em sua existência, frente à impossibilidade de uma relação de objeto, vê-se forçado a investir em uma relação narcísica. Assim, ele escapa à realidade que o permeia e cria um outro mundo para si, no qual pode viver sua onipotência e assumir as vezes de “anjo da guarda” dele próprio.

Se até aqui estive privado de amor, inclusive martirizado, desprende agora um fragmento de si mesmo que, sob a forma de pessoa dispensadora de cuidados, prestimosa, cheia de solicitude e amor, na maioria das vezes maternal, sente piedade da parte restante e atormentada da pessoa, cuida dela, decide por ela, e tudo isso com extrema sabedoria e uma inteligência penetrante. Ela é a própria bondade e inteligência, um anjo da guarda, por assim dizer. (Ferenczi, 1934, p. 134)

Nessa direção, Câmara (2018) propõe compreender a clivagem não como resultado de um conflito interno, mas como expressão de um *paradigma do cuidado*. No lugar de duas partes em luta, há uma dinâmica em que uma cuida e protege a outra, substituindo a ausência de amparo externo por um cuidado de si mesmo. A parte cuidada corresponde à criança ferida, mutilada e isolada, enquanto a parte cuidadora volta-se ao mundo, amadurecendo precocemente e assumindo funções de adaptação e vigilância. Trata-se, de fato, de um amparo paradoxal, nascido do desamparo - uma tentativa de preservar a vida quando o cuidado dos outros falhou.

Em sintonia com o exposto, Reis (2017a) afirma que o infante traumatizado, para dar conta de seu sofrimento, torna-se extremamente sagaz e esperto. Energias nele existentes - até então em repouso ou direcionadas para a relação de objeto - despertam subitamente sob a

forma de solicitude, precauções e preocupações narcísicas (Ferenczi, 1934). Não precisa mais contar com aqueles que, após agredi-lo, recusaram-se a cuidá-lo em meio ao desamparo (Câmara & Herzog, 2023). Ele amadurece para que possa cuidar de si - do fragmento do seu *eu* que sobreviveu e permanece com a dor. Pensando nisso, Ferenczi (1931, p. 88; 1933, p. 104) recorre à imagem onírica do “bebê sábio” como mais um efeito possível da progressão traumática e modo de existir diante da autoclivagem: trata-se de um sonho típico no qual um recém-nascido começa, de súbito, a falar e mostrar sua sabedoria à família, dando sábios conselhos aos pais e outros maiores. A criança é capaz de ensinar e passa a ocupar o papel de psiquiatra dos adultos como modo de se proteger do descontrole deles. Reis (2017a, p. 61), buscando uma aproximação da subjetividade do neném sábio, indica a estranheza que essa imagem produz, isto é, “um ser que, mesmo sabendo, permanece sendo um bebê”. Apresentam-se como crianças adoráveis, comportadas, desenvoltas e prestativas, sendo, frequentemente, vistas como perfeitas (Mello, Féres-Carneiro e Magalhães, 2019). Nesse sentido, Ferenczi (1931, p. 89) afirma:

[...] todos nós sabemos que as crianças que muito sofreram, moral e fisicamente, adquirem os traços fisionômicos da idade e da sabedoria. Também tendem a cercar maternalmente os outros, manifestamente, estendem assim a outros os conhecimentos adquiridos a duras penas, ao longo do tratamento, sobre o próprio sofrimento; tornam-se indivíduos bons e prestimosos (Ferenczi, 1931, p. 89).

Explorando essa posição ocupada pela criança, o psicanalista (1933) também desenvolve a ideia do *terrorismo do sofrimento*, como um dos modos de se prender um infante. Ocorre de tal forma que ele passa a perceber a resolução de conflitos familiares como responsabilidade sua - “carregam sobre seus frágeis ombros o fardo de todos os outros membros da família” (Ferenczi, 1933, p. 105). Entende-se que, por meio de uma inversão da posição que a criança se encontra em relação aos seus cuidadores, ela põe em jogo o desejo infantil de superar a sabedoria adulta (Mello, Féres-Carneiro e Magalhães, 2019). Dessa forma, a extensão de seu autocuidado aos outros, bem como da inteligência adquirida penosamente, é realizada na tentativa de que a paz e a ternura perdidas possam ser novamente desfrutadas (Ferenczi, 1933). Vale ressaltar que esse cuidado próprio, que se estende a terceiros, se expressa por meio da auto-observação, mas também de uma observação precisa das relações que se desenrolam em seu contexto familiar e uma “interpretação compulsiva do real”, sendo capaz de ler, em um nível não verbal, informações que circulam (Reis, 2017a, p.

59). Como bem aponta Vertzman (2002, p. 75), nesses casos, "observar o outro, mesmo que este outro pareça consigo, é a única ação reconhecida como sendo sua". Estabelece-se, assim, uma forte disposição para a solidariedade, de modo que “estas pessoas são capazes de atos altruístas raramente concebíveis” (Vertzman, 2002, p. 72). Segundo o autor, o desamparo do outro as afeta com muita intensidade, funcionando de modo que tudo que “não podem sentir em relação a si” é deslocado para o outro em sofrimento (Vertzman, 2002, p. 73).

Podemos observar, nesse sentido, a existência de um custo alto e oculto para essa sobrevivência bem adaptada e sagaz que se desenrola. Pensando nas cicatrizes deixadas pelo horror vivido, entendemos que a força *orpha*, que atua como "mecanismo salva-vidas" e "anjo da guarda", torna-se responsável por “guardar” um fragmento da personalidade completamente destruído e sem vida. Ferenczi (1932, p. 40) indica que, diante da repetição ou gravidade de um choque, resta à parte materna da personalidade “esguichar toda a vida psíquica para fora do corpo que sofria de um modo desumano.” Então, o funcionamento exatamente racional e matemático presente no indivíduo clivado, só é possível devido à “ausência de emoções e especulações capazes de perturbar os sentidos ou desfigurar a realidade” (Ferenczi, 1934). Dito de outro modo, é como resposta ao estado emocionalmente embrionário, reduzido à essa condição pelo trauma, que a pessoa adquire uma sabedoria intelectual, sendo comparada, pelo autor (1932, p. 251), a um “filósofo compreensivo, inteiramente objetivo e sem emoção”. Podemos entender que a desconexão afetiva, portanto, representa o custo necessário para a performance de adaptação. Ainda em sintonia com o exposto, Ferenczi (1932, p. 251) afirma:

Assim, enquanto sua vida afetiva desaparece no inconsciente e regride para uma sensação corporal pura, a inteligência liberta de todo sentimento realiza um progresso considerável, mas completamente desprovida de emoção, no sentido de uma performance de pura adaptação [...].

De modo semelhante, Kupermann (2006, p. 29) nomeia a desconexão afetiva presente no indivíduo clivado como o “preço alto” cobrado pela aquisição precoce de maturidade e saber. Segundo Reis (2017a, p. 59), trata-se da perda, implicada pela autoclivagem narcísica, “de modalidades experienciais que organizam o registro infantil” a partir da linguagem da ternura. Por isso, o *eu* infantil, “forjado de suas feridas”, torna-se incapaz de alcançar a polissemia do desejo, passando a organizar-se em torno de sentidos unívocos. Percebe-se, a partir disso, além de um comprometimento da capacidade de afetar e de ser afetado, a

inviabilidade “de expressão dos efeitos de amor e de ódio por uma consequente diminuição da potência para se afirmar de modo singular e, no limite, também da vontade de viver” Kupermann (2006, p. 29).

A partir do evidenciado acima, torna-se significativo retornar à imagem do “anjo da guarda”, aprofundando, agora, em sua dinâmica completa. Desse modo, além do fragmento que se desenvolve à duras penas em busca de um salvamento, vale direcionar o foco, também, à parte da personalidade que permanece destruída e, em profunda solidão, aguarda ser salva. O autor (Ferenczi, 1934, p. 134) apresenta, entretanto, como essa espera pode ser em vão, visto que tal salvamento pode fracassar e, por vezes, consumir a vida do sujeito.

Esse anjo vê desde fora a criança que sofre, ou que foi morta (portanto, ele se esgueirou para fora da pessoa durante o processo de "fragmentação"), percorre o mundo inteiro em busca de ajuda, imagina coisas para a criança que nada pode salvar... Mas, no momento de um novo traumatismo, muito mais forte, o santo protetor deve confessar sua própria impotência e seus embustes bem-intencionados à criança martirizada, e nada mais resta, nessa altura, senão o suicídio, a menos que, no derradeiro momento, se produza algo de favorável na própria realidade. Essa coisa favorável a que nos referimos em face do impulso suicida é o fato de que nesse novo combate traumático o paciente não está inteiramente só. (Ferenczi, 1934, p. 134)

A cena descrita por Ferenczi, em que o anjo confessa sua impotência e se vê diante da possibilidade do suicídio, encontra uma interessante ressonância nas reflexões de Câmara e Canavêz (2020) acerca do fenômeno da autolesão. Os autores observam que, em certos casos, o sofrimento alcança tamanha intensidade que o sujeito, incapaz de tolerar a dor psíquica insuportável, encontra na ferida corporal uma via paradoxal de sobrevivência. Inspirando-se na noção ferencziana de *autotomia*, eles descrevem esse gesto como uma “morte parcial para evitar a morte total”, isto é, um movimento de autodestruição que tem como finalidade conservar a vida (Câmara & Canavêz, 2020, p. 65). Nessa perspectiva, a autolesão, embora autodestrutiva, se distingue dele por sua função vital. Ela se converte em um tipo de cuidado de si, ainda que desesperado, isto é, uma tentativa de manter a continuidade do ser quando toda esperança de amparo externo foi perdida. A dor, nesse contexto, torna-se o modo de expressar a revolta e a autoproteção.

Entende-se, portanto, que toda bondade e prestimosidade que a criança sábia apresenta acompanha, ainda, um lado afetivo sensível e destruído, que, repleto de inseguranças, teme o fracasso e a menor adversidade (Mello, Féres-Carneiro & Magalhães, 2019). Segundo Balint

(1993, p. 19), trata-se de uma irregularidade súbita na estrutura psíquica total, “uma irregularidade que, em circunstâncias normais, estaria escondida, mas, se houver pressões ou forças, pode levar a uma ruptura, alterando profundamente a estrutura total.” Nesse sentido, Mello, Féres-Carneiro & Magalhães (2019, p. 3) indicam que o brilhantismo da sabedoria caminha, na realidade, com a ausência de espontaneidade afetiva, tendo em vista que “o avanço dos processos de maturação da criança exige alta dose de sacrifício”, ou seja, o distanciamento dos afetos. Câmara (2018), por esse ângulo, ressalta a ruptura entre a vida afetiva e a vida intelectual. A parte cuidadora, encarregada de proteger a outra do contato com a possível repetição do trauma, precisa tornar-se incapaz de sentir. Assim, o *esvaziamento afetivo*, segundo o autor, se dá como o meio para autopreservação. Como visto anteriormente, de fato, a sabedoria precoce e a bondade que caracterizam a criança sábia são inseparáveis de uma anestesia emocional que garante sua sobrevivência psíquica. Nesse mesmo contexto, Câmara e Canavêz (2020) acrescentam que, após a clivagem, o sofrimento não desaparece, mas é repartido entre os fragmentos da personalidade, como se assim pudesse se tornar suportável. Entretanto, a impossibilidade de partilhar a dor com outro conduz à uma relação “de si para si”, na qual cada parte sofre sozinha, prevalecendo uma solidão afetiva (Câmara e Canavêz, 2020, p. 66).

Nos deparamos, enfim, com o caráter paradoxal da autoclivagem narcísica: de modo concomitante com o aspecto autodestrutivo do fenômeno, suas funções defensivas também objetivam a preservação da existência, visando uma diminuição da tensão a um nível tolerável para o sujeito ameaçado de desintegração (Mendes & Garcia, 2012). Trata-se de uma vivência marcada pela “ânsia de permanecer existindo”, em um mundo que tenta destruí-lo (Reis, 2019, p. 49). Nas palavras de Ferenczi (1932, p. 73), “O processo de destruição tem por consequência a produtividade”. De maneira similar, Gondar (2021, p. 50) afirma que “traumas e catástrofes não são empecilhos para o desenvolvimento e a atividade criadora, mas justamente aquilo que fomenta ambos.” Compreendemos, portanto, a fragmentação, como modo criativo e legítimo de sobreviver, representando, além do mecanismo de defesa, uma importante forma de subjetivação e expansão psíquica que se faz bastante presente na clínica atual.

Nesse sentido, dando forma ao que será explorado mais profundamente no capítulo seguinte, o analista é convocado à sustentar na relação analítica o contraste da situação traumática, isto é, aquilo que Ferenczi (1934, p. 134) descreve como “essa coisa favorável” que impede o anjo da guarda de sucumbir ao suicídio: o fato de que, nesse novo combate traumático, o paciente não está mais inteiramente só. Cabe-lhe oferecer uma presença que possa acolher o sofrimento solitário, reconhecendo os suspiros de vida nele existentes e o fragmento ferido - e, sobretudo, pensando a clivagem não necessariamente como patologia a ser corrigida (“unificada”), mas como um modo legítimo de subjetivar-se diante do insuportável (Gondar, 2021, p. 50). Caso contrário, o analista faltará com a extrema sensibilidade necessária para reconhecer o sofrimento solitário do “bebê sábio”, que passará despercebido, já que praticamente inaudível (Mello, Féres-Carneiro & Magalhães, 2019, p. 3).

CAPÍTULO 3 - A CLÍNICA DA CLIVAGEM

Se, até aqui, foi possível compreender a clivagem como um modo paradoxal de preservação da vida diante do trauma, cabe agora deslocar o olhar para o campo clínico, em que suas marcas se revelam de forma mais sutil e complexa. Segundo Mello, Féres-Carneiro e Magalhães (2015), é recorrente, na experiência clínica, o encontro com sujeitos que amadurecem de forma acelerada, desenvolvendo precocemente suas capacidades intelectuais. Desse modo, mostram-se particularmente perspicazes e responsáveis, revelando desenvoltura e certa independência na execução de tarefas, além de uma exigência interna severa diante do menor indício de fracasso, frequentemente acompanhada de um desempenho acadêmico exemplar.

São, como descrevem as autoras, “crianças muito bem-comportadas, tanto no sentido de portar-se quanto de conter-se” (Mello, Féres-Carneiro & Magalhães, 2015, p. 269). Ressaltam, entretanto, que tais características, embora socialmente valorizadas, escondem um custo afetivo elevado, isto é, “a moeda mais cara ao universo infantil: o brincar espontâneo” (p. 269). Nesse sentido, observa-se que essas crianças apresentam entraves para brincar de modo relaxado, preocupam-se em parecer sempre satisfeitas e agradáveis e demonstram, por meio de discursos sofisticados, o conhecimento adquirido. Com frequência, revelam também dificuldades de socialização com outros infantes, sentindo-se solitárias e deslocadas. Além disso, retraimento com coloração fóbica ou depressiva, sentimentos de tédio e manifestações compulsivas costumam estar entre as razões que as levam à análise (Mello, Féres-Carneiro e Magalhães, 2015).

Esses sujeitos chegam à clínica, portanto, protegidos por uma aparência de maturidade e adaptação, mas atravessados por um sofrimento que se expressa de maneira silenciosa e disfarçada. Por trás do discurso articulado e da maturidade precoce, emerge um sofrimento que não pôde ser simbolizado, permanecendo exposto na superfície da experiência, tal como descreve Gondar (2017a) ao discutir o caráter literal do trauma. Nessa perspectiva, o trauma situa-se fora da dinâmica do recalque, no campo da não-representação, revelando a impossibilidade de estabelecer ligações e de elaborar o vivido (Knobloch, 1998). Como observa Kupermann (2006), esse enfraquecimento da capacidade de simbolizar repercute

diretamente na dinâmica do *setting* analítico, em que o sujeito apresenta dificuldades para associar livremente, evidenciando um enfraquecimento da capacidade de fantasiar e imaginar. Assim, a análise se depara com um entrave particular: não se trata de escutar o recalcado, mas aquilo que se apresenta de modo literal, direto e sem metáforas. O paciente clivado fala literalmente; o que se mostra claramente na clínica não é o que está oculto, mas as partes dissociadas do eu, que são desanexadas - “No quadro não existem elementos ocultos ou subentendidos; tudo está ali, à vista” (Gondar, 2017a, p. 41).

Como observa Knobloch (1998), retomando as formulações tardias de Ferenczi, o traumatismo deixa marcas - no lugar de traços representacionais referentes ao recalque - e, por isso, só encontrará expressão ou saídas possíveis “nos silêncios, no agir, na clivagem” (p. 25). Em vez de representar o trauma, elas configuram sua aparição, o modo como ele insiste no corpo e na relação. O conceito de *literalidade*, proposto por Gondar (2017a), é capaz de nomear esse tipo de presença do trauma: algo que não se oculta no inconsciente, mas que se apresenta na própria superfície do discurso e do corpo. As alterações corporais, como aponta Reis (2017c, p. 106), são da ordem da repetição das marcas traumáticas, que se mantém “registradas como signos de percepção, pois são o registro de experiências vividas num tempo em que as palavras ainda não fazem parte do arsenal psíquico” infantil. Entende-se, portanto, que, na “clínica do irrepresentável” (Knobloch, 1998), o trabalho analítico vai além da interpretação no sentido tradicional, indicando que a técnica não é o objetivo ou objeto principal da análise, mas apenas um dos caminhos para o conhecimento do inconsciente do paciente (Ferenczi & Rank, 1924, p. 247). Nesse sentido, Ferenczi (1928b, p. 38) afirma o caráter negativo de um “fanatismo da interpretação”, que reflete as patologias infantis do analista, ressaltando a importância de que exista parcimônia em seu trabalho. Nas palavras do autor: “ser parcimonioso nas interpretações, em geral, nada dizer de supérfluo, é uma das regras mais importantes da análise; o fanatismo da interpretação faz parte das doenças de infância do analista” (Ferenczi, 1928b, p. 134).

Tal atenção à cautela que deve orientar o trabalho do analista é formulada por Ferenczi (1931) de modo inovador. Em vez de atribuir o insucesso de um tratamento apenas às resistências do analisando, o autor desloca o foco e inclui, nesse exame crítico, as resistências do próprio analista. Propõe, daí, o seguinte questionamento: “a causa do fracasso [do

tratamento] será sempre a resistência do paciente, não será antes o nosso próprio conforto que desdenha adaptar-se às particularidades da pessoa, no plano do método?” (Ferenczi, 1931, p. 81). Reconhecendo que, muitas vezes, é o analista quem falha em ajustar-se ao paciente, Ferenczi elabora, então, o conceito de “hipocrisia profissional”. Trata-se do apego do analista à sua “expectativa fria e muda”, visível na postura neutra e pouco responsiva que assume (p. 82). O autor observa que tal atitude, longe de favorecer o processo, pode justamente perturbar a livre associação do paciente, interrompendo o movimento espontâneo favorável ao trabalho analítico.

A partir do instante em que o paciente está disposto, realmente, a abandonar-se, a contar tudo o que se passa nele, emerge de súbito do seu estado, em sobressalto, e queixa-se de que lhe é verdadeiramente impossível levar a sério seus movimentos internos, quando me sabe tranquilamente sentado atrás dele, fumando meu cigarro e reagindo no máximo, indiferente e frio, com a pergunta estereotipada: "O que é que lhe ocorre a esse respeito?". (Ferenczi, 1931, p. 82)

Torna-se perceptível, dessa forma, o caráter violento que a hipocrisia profissional pode assumir. A insensibilidade expressa pelo analista faz com que o analisando sinta-se ofendido pela insuficiência ou ausência de interesse que percebe (Ferenczi, 1932). Segundo Kupermann (2006), quando o profissional se desimplica e se mantém à distância dos processos criativos almejados na análise, o efeito é vivido pelo paciente como verdadeiro horror, encontrando na experiência analítica uma reprodução do abandono irrepresentável anteriormente vivenciado. Na tentativa, entretanto, de manter uma imagem positiva do analista, o paciente passa a buscar a causa da “não-reação” ou frieza nele mesmo, ou seja, no valor do que foi por ele comunicado (Ferenczi, 1932). Trata-se de um gesto que retoma, de outro modo, a mesma lógica observada no traumatismo infantil: diante do adulto idealizado, o sujeito prefere assumir a culpa e sujeitar-se à uma injustiça em vez de arriscar perdê-lo (Gondar, 2017a). Como descreve Balint (1968), quando o analista não está verdadeiramente “ligado” ao que se passa e não responde de modo sintonizado com a expectativa do paciente, não surgem, na transferência, reações de irritação, crítica ou desagrado, como poderia se esperar fora da clínica da clivagem. O que se observa, na realidade, são sensações de vazio, perda, morte e futilidade, acompanhadas de uma submissão sem vida ao que é oferecido; afinal “tudo é aceito sem muita resistência, mas nada faz qualquer sentido” (Balint, 1968, p. 17). Assim, “finalmente, [o analisando] duvida da realidade do conteúdo que antes estava tão próximo do sentimento” (Ferenczi, 1932, p. 31).

Mantendo, então, a familiaridade da cena, aquilo que um dia havia sido vivido como traumatizante se repete no *setting* terapêutico. O abandono traumático experienciado na infância é revivido quando o analista, incapaz de adaptar-se ao paciente ou de reconhecer sua particularidade, ocupa - ainda que inadvertidamente - o lugar de agressor, fazendo com o que o analisando seja novamente desmentido enquanto sujeito (Gondar, 2017a). De modo convergente, Vertzman (2002, p. 67) afirma que, nessas situações, “o analista estaria reproduzindo a mesma cena que tornava estas pessoas tão frágeis e incapazes frente à onipotência do outro”, sendo ele aquele terceiro que nega e desmente a experiência violenta vivida. Entende-se, dessa forma, que a hipocrisia profissional é traumática, podendo ser, até mesmo, mais desestruturantes do que traumas passados (Gondar, 2017a).

Diante do exposto, Ferenczi (1928b) ressalta, portanto, a importância de uma disponibilidade sensível por parte do analista, de modo que ele não resista à experiência de afetação mútua provocada pelo encontro analítico, evitando a reatualização da vivência traumática infantil (Kupperman, 2006). Nesse propósito, o autor formula aquilo que denomina a segunda regra fundamental da psicanálise: “quem quer analisar os outros deve em primeiro lugar ser ele próprio analisado” (Ferenczi, 1928b). Isso porque, como observa o psicanalista (1930, p. 77), diante das exigências de frustrações inerentes ao trabalho clínico, é “fácil” que o profissional se valha de seus pacientes para satisfazer suas próprias tendências sádicas inconfessadas ou, até mesmo, servindo às próprias tendências libidinais, se utilize de uma ternura excessiva na conduta com eles. Torna-se evidente, assim, a necessidade de uma análise profunda por parte do analista, uma vez que ela permite o controle das suas particularidades de caráter. Dessa forma, o profissional adquire a capacidade de reconhecer, em si mesmo, questões que os analisandos levam para o *setting*. Como observa Gondar (2017a), retomando as formulações de Ferenczi (1931), não existem casos que se furtam à análise, mas analistas que não se analisaram o bastante, mantendo-se fiéis a determinado dispositivo técnico (como a interpretação fanática) em nome de sua própria proteção e conforto “diante daquilo que não conhecem - e não conhecem em si mesmos” (p. 34). Constatar, portanto, a própria precariedade na posição de analista é condição para o reconhecimento genuíno da precariedade do outro, além de evitar a instauração de uma relação assimétrica destrutiva entre ambos (Gondar, 2012). Em continuidade a essa

perspectiva, a autora (2012) propõe conceber o vínculo analítico como uma parceria constituída justamente pela precariedade compartilhada: “[...] trata-se de reconhecer a precariedade de todos os envolvidos numa relação” (Gondar, 2012, p. 207).

Diante disso, torna-se possível compreender que a postura analítica exigida pela clínica da clivagem implica uma ampliação no plano perceptível sensível, sendo importante que o terapeuta “se disponibilize a ser afetado pela vitalidade de presença” do outro, até mesmo na intensidade de seu sofrimento e dor (Reis, 2003, p. 201). Segundo Reis (2017c), tal abertura acarreta uma suscetibilidade à certa dissolução do *eu* do analista, de modo que a instância organizadora e coesa já não se defende da mesma forma contra invasões externas. Entretanto, esse comprometimento mostra-se fundamental para o progresso analítico, uma vez que, como afirma Ferenczi (1932, p. 161), “[...] o paciente deve sentir que o analista compartilha com ele a dor e que também faz sacrifícios para apaziguá-la”. Assim, os descompassos entre o conteúdo do que é dito e a forma com que se diz são percebidos e sentidos em análise, de modo que o analista se deixa atravessar “pelas intensidades que vêm do outro”, mantendo-se em sintonia com seus ritmos, expressões de vitalidade, tom da voz - enfim, “as atmosferas que se criam a cada momento” (Reis, 2003, p. 201).

Alcançamos, assim, a questão do *tato* psicológico, isto é, a faculdade de “sentir com”, elaborada por Ferenczi (1928b) como uma capacidade que todo analista deve possuir. Trata-se de uma disposição que, privilegiando a via sensível da comunicação, possibilita ao profissional cultivar a disponibilidade necessária para entrar em contato com aquilo que o paciente sente. Nesse sentido, é por meio dela que o analista pode saber o momento e maneira de comunicar algo ao analisando, entre outras nuances do manejo clínico, tais como:

[...] quando se pode declarar que o material fornecido é suficiente para extrair dele certas conclusões; em que forma a comunicação deve ser, em cada caso, apresentada; como se pode reagir a uma reação inesperada ou desconcertante do paciente; quando se deve calar e aguardar outras associações; e em que momento o silêncio é uma tortura inútil para o paciente. (Ferenczi, 1928b, p. 27)

Com isso, torna-se evidente que o profissional se engaja em um jogo no qual os lugares são, eventualmente, trocados: acompanhando as oscilações de intensidade dos afetos de vitalidade, o analista deixa-se sensibilizar por elas, experimentando-as em seu próprio corpo (Reis, 2017c). Retomando Reis (2017c, p. 109), a autora aprofunda essa perspectiva ao afirmar que “o analista se empresta ao seu paciente, não somente como ouvido, mas

experimentando o impacto desse sofrimento em sua própria carne”, levando ao momento em que as sensações estranhas que o atravessam, tornem-se familiares diante da inversão momentânea de lugar. Por meio desse movimento, “o analisando pode se ver de fora e ver de fora a experiência traumática” (p. 108). Vale ressaltar, entretanto, que a faculdade de “sentir com” não trata-se de uma identificação com o outro ou alienação nele. Segundo Gondar (2017a), justamente por não ser o paciente, o analista tem a possibilidade de sentir e pensar aquilo que o analisando vivencia, sem, contudo, padecer das mesmas resistências, entraves ou inibições. Dito sem rodeios: “sentir com não é ser como” (Gondar, 2017a, p. 47). A esse respeito, Ferenczi (1928b, p. 36), aproveitando-se de uma conotação musical, propõe que o analista procure colocar-se no diapasão do paciente, sentindo com ele todos os seus caprichos e humores, se atendo, com firmeza, entretanto, à “posição ditada pela experiência analítica”. Para tal, o autor (1928b, p. 32) indica a importância de uma oscilação perpétua entre “sentir com”, auto-observação e atividade de julgamento, sendo possível, assim, que o analista perceba “como, porque e até onde deveria ir nas suas expressões afetivas” (Gondar, 2017a, p. 49).

Após delimitar a importância do tato psicológico e da disposição sensível do analista, é possível aprofundar a postura clínica que Ferenczi descreve como fundamental para que o tratamento não reproduza - mas, ao contrário, contraste - a cena traumática. O psicanalista húngaro (1930, p. 69) coloca que o paciente deve perceber a “atitude amistosamente benevolente” do analista, sustentada por uma sinceridade total. Trata-se, portanto, de uma benevolência real, que não abandona a análise do material transferencial, mas que também não reproduz a frieza e insensibilidade que marcaram as vivências infantis traumáticas. Ferenczi (1931, p. 91) observa, nesse sentido, que “falas apaziguadoras e cheias de tato” são capazes de reduzir a angústia a um nível que torne novamente possível o contato com o paciente. Isso porque, a atitude amistosa e benevolente pode satisfazer a parte infantil da personalidade do analisando, aquela “faminta de ternura” (Ferenczi, 1930, p. 76). Além disso, tal conduta demonstra uma capacidade do analista de “falar a mesma língua da criança em análise”, de modo que ele disponibiliza-se também a um “devir criança”, o que facilita a emergência de processos criativos (Kupperman, 2006, p. 31). Ao agir assim, o psicanalista se distingue dos adultos que, na infância, reagiram de modo inadequado frente às violências

vividas pelo infante, e é justamente nesse contraste que se inaugura uma possibilidade de elaboração.

É uma vantagem para a análise quando o analista consegue, graças a uma paciência, uma compreensão, uma benevolência e uma amabilidade quase ilimitadas, ir o quanto possível ao encontro do paciente. Cria-se desse modo uma base graças à qual pode-se lutar até o fim na elaboração dos conflitos, inevitáveis a um prazo mais ou menos curto, e isso na perspectiva de uma reconciliação. O paciente ficará então impressionado com o nosso comportamento, contrastante com os eventos vividos em sua própria família, e, como se sabe agora protegido da repetição, atrever-se-á a mergulhar na reprodução do passado desagradável. (Ferenczi, 1931, p. 85)

Então, para Ferenczi (1930, p. 76), a tendência à repetição só pode ser transformada em rememoração quando o analista se comporta de maneira diferente do adulto agressor, distinguindo o presente do passado. Enquanto o analisando identificar, na figura do profissional, “seus pais de duro coração”, repetirá constantemente suas reações de desafio. Nas palavras do autor “a semelhança entre a situação analítica e a situação infantil incita mais, portanto, à repetição; o contraste entre as duas favorece a rememoração” (p. 76). Nesses momentos, o psicanalista húngaro propõe aproximar o trabalho analítico de um cuidado materno, indicando que os pacientes precisam ser “verdadeiramente adotados”, devendo o analista permitir que, pela primeira vez, saboreiem “as bem-aventuranças de uma infância normal” (Ferenczi, 1930, p. 77).

Procede-se assim um pouco à maneira de uma mãe carinhosa, que não irá deitar-se à noite antes de ter discutido a fundo, com seu filho, e solucionado, num sentido de apaziguamento, todas as preocupações grandes e pequenas, medos, intenções hostis e problemas de consciência que estavam em suspenso. Por esse meio, chegamos a deixar o paciente mergulhar em todos os estágios precoces do amor de objeto passivo, onde, em frases murmuradas, como uma criança prestes a adormecer, ele nos permite entrever seu universo onírico. (Ferenczi, 1931, p. 90)

Essa compreensão se sintoniza com as formulações de Kupperman (2019), para quem a elaboração dos traumas depende justamente dessa regressão sustentada no vínculo transferencial e permitida pela presença sensível do analista. O resgate da ternura infantil e o jogo compartilhado dos afetos junto ao terapeuta promovem condições para que a onipotência mágica da infância seja revisitada, possibilitando que o isolamento defensivo e o horror do abandono se transformem em uma capacidade legítima de estar só e, portanto, criar. Ainda em ressonância com o exposto, Ferenczi (1931) nomeia o método que ele próprio utiliza com seus analisandos: mimar. Busca, com isso, introduzir nos pacientes impulsos positivos vitais, além de razões para se continuar existindo (Ferenczi, 1929).

Pode-se afirmar, com razão, que o método que emprego com os meus analisandos consiste em "mimá-los". Sacrificando toda e qualquer consideração quanto ao nosso próprio conforto, cede-se tanto quanto possível aos desejos e impulsos afetivos. Prolonga-se a sessão de análise o tempo necessário para poder aplanar as emoções suscitadas pelo material; não se solta o paciente antes de ter resolvido, no sentido de uma conciliação, os conflitos inevitáveis na situação analítica, esclarecendo os mal-entendidos e remontando à vivência infantil. (Ferenczi, 1931, p. 89)

Contudo, Ferenczi (1931, p. 90) é enfático ao afirmar que essa relação terna não pode se prolongar indefinidamente. À medida que a regressão transferencial se aprofunda, o paciente tende a tornar-se mais exigente, adiando a reconciliação para evitar a solidão temida ou, por vezes, tentando provocar uma reação punitiva por parte do analista. Nesse ponto, os limites causadores de frustração se mostram indispensáveis, sendo acompanhados, entretanto, de “uma compreensão cheia de tato”, obtendo a reconciliação em novas condições, “em vez da alienação que persistia na infância” (Ferenczi, 1931, p. 90). Então, não é aconselhado que o analista tente manter a figura de alguém sempre bom e indulgente, mas que confesse honestamente quando se sente desagradado ou, até mesmo, quando comete algum erro (Ferenczi, 1931).

Segundo Câmara e Herzog (2023), é somente por meio de tal honestidade que se pode realizar um rompimento na continuidade entre a hipocrisia que se dá no tratamento e aquela que predominou na relação entre a criança e os adultos (Ferenczi, 1933). Vale ressaltar que a sinceridade mencionada não pode ser fabricada ou encenada, além de que ultrapassa o campo do discurso, se fazendo presente por todo o corpo do analista e, através dele, se expressando (Câmara, 2012). Enfim, essa sinceridade, longe de abalar a autoridade do profissional, aumenta a confiança do analisando nele, permitindo que venha à tona aquilo que, no ambiente familiar, costumava permanecer encoberto: a insinceridade e a hipocrisia que se apresentavam sob a forma de demonstrações ou presunções de amor, enquanto críticas e hostilidades eram dissimuladas - primeiro em relação aos outros e, mais tarde, dirigidas contra si próprio (Ferenczi, 1931).

Torna-se possível compreender, portanto, que a questão da confiança se dá como eixo central na clínica da clivagem. Como formula Gondar (2017a), o desmentido faz com que a criança deixe de confiar em si mesma, duvidando do testemunho dos próprios sentidos e incorporando a perspectiva do agressor como única via possível de sobrevivência. Por isso, nesses sujeitos violentados, questões como confiança, justiça, verdade e mentira assumem um

peso singular. Nesse sentido, a experiência analítica deve oferecer um campo radicalmente distinto daquele vivido no traumatismo: em vez da hipocrisia e do descrédito dirigidos às sensações da criança, a relação clínica se funda na sinceridade e na atribuição de valor às produções espontâneas do analisando (Câmara e Herzog, 2023).

Gondar (2017a) observa que essa honestidade não corresponde a uma confissão catártica do analista, mas a uma tentativa de conjurar o desmentido, validando percepções e afetos que o paciente pode experimentar em relação à própria figura do terapeuta. Trata-se, nesse movimento, de operar aquilo que a autora (2012) denomina como o avesso do desmentido: o reconhecimento. Compreendido como “a necessidade vital que possui todo indivíduo de ser visto, ouvido, aprovado e respeitado” na sua condição de sujeito pelas pessoas que o cercam, sua ausência provoca efeitos traumáticos profundos (Gondar, 2012, p. 199). A autora (Gondar, 2012), portanto, realizando uma crítica à postura neutra proposta na psicanálise tradicional, indica que, na verdade, não há neutralidade possível nesse campo, isto é, ou se reconhece alguém ou se desmente. A neutralidade é, nesse sentido, uma produtora de desmentidos, sendo responsável por recolocar o analisando no lugar de não-validação traumática, o que pode ser entendido como um “reconhecimento recusado” (p. 200).

Por via dessa reflexão, no trabalho clínico, o analista se dá como testemunha da verdade que se oculta na aparente uniformidade dos relatos cotidianos do analisando, ou seja, a dor irrepresentável um dia desacreditada (Vertzman, 2002, p. 60). É por meio deste testemunho implicado, inclusive, que o próprio analisando pode crer completamente na realidade do que foi vivido (Ferenczi, 1932, P. 57). Nessa direção, Kupperman (2006, p. 32) observa que, se algum elemento traumático tiver lugar na situação analítica, que recaia privilegiadamente sobre o analista, para que ele não se mantenha indiferente à realidade do sofrimento para o qual “é convocado como testemunha e como destino”. Com isso, Vertzman (2002, p. 60) assinala que o olhar do analista passa a funcionar como uma espécie de garantia, para o paciente, “de que suas ações, sensações e sentimentos formam conjuntos que podem ser reconhecidos como sendo” sua vida. Nesse mesmo horizonte, o autor (Vertzman, 2002, p. 76) sugere que, diante de pacientes cuja subjetividade foi clivada pelo desmentido, o analista possa assumir - ao menos num primeiro momento - a tarefa de observação que o paciente lhe demanda, acolhendo essa necessidade como um sintoma analítico e evitando colocar o

analisando diante de exigências inalcançáveis. Ao tomar para si tal função e instaurar um olhar desejante, “como ponte entre paixão e ternura, palavra e corpo, ação e descrição, emoção e racionalidade”, o analista produz uma torção na demanda de ser eternamente observado, oferecendo ao paciente a possibilidade de deslocar-se da posição de objeto do “grande olho do destino” para uma posição em que possa, pouco a pouco, perceber-se e experienciar-se como sujeito na primeira pessoa (Verztman, 2002, p. 76). A restituição ao sujeito da “palavra evocadora de si e da realidade”, possibilitada por meio do resgate da ternura infantil, intencionado no tratamento psicanalítico, é justamente o que assegura uma existência autêntica (Kupperman, 2019, p. 190). Para Kuperman (p. 191), a autenticidade implica, portanto, o salvamento da alegria que promove as introjeções responsáveis pelo alargamento da subjetividade ao criar à si próprio, além do “campo dos objetos merecedores do seu investimento desejante”.

Ainda a respeito do papel que o analista pode desempenhar, Belo & Bacarat (2025) discutem que o trabalho analítico, nestes casos, convoca o terapeuta a assumir uma função órfica. Em vez de apenas revelar conteúdos inconscientes, sua tarefa busca “ressuscitar partes mortas”, acolhendo fragmentos dissociados da personalidade que permaneceram isolados como defesa radical diante do traumatismo (Belo & Baracat, 2025, p. 8) Trata-se de um gesto clínico que pressupõe, antes de tudo, a confiança da própria *orpha* do paciente - essa força interna que garantiu a sobrevivência - no analista órfico, de modo que ele possa aproximar-se de maneira não ameaçadora e sem acelerar um encontro que, para esses sujeitos, sempre comporta risco. Segundo os autores (Belo & Baracat, 2025), ao assumir temporariamente essa função órfica, o analista cuida do que, previamente, foi amparado, de maneira solitária, por um fragmento psíquico do analisando, e possibilita, assim, que a vitalidade clivada seja reintegrada sem recorrer ao isolamento. Então, o tratamento pode ser conduzido até que essa função se torna desnecessária, ou seja, o momento em que os processos de reparação e cuidado podem atuar sem necessidade de fragmentações (Belo & Baracat, 2025, p. 16)

Cabe ressaltar, entretanto, que a unificação dos fragmentos clivados não se dá como intenção última da análise, sendo importante suportar o funcionamento fragmentário do analisando (Mello, Féres-Carneiro e Magalhães, 2019, p. 10). Considerar fragmentos apenas como despedaçamento de uma unidade originária se apresenta, então, como um ato de

violência e desmentido, além de desconsiderar a positividade que o *eu* pulverizado também carrega. Nesse contexto, Mello, Féres-Carneiro e Magalhães (2019) destacam que, certamente, existe uma importância em criar ligações entre intelecto e afeto; entretanto, a conexão entre ambos deve ser vista, não como meta de trabalho imposta, mas como nuance do avanço do processo analítico. Gondar (2021), nesse sentido, relembra a importância de uma sensibilidade refinada, por parte do analista, para que perceba e acolha as diferentes formas subjetivas, uma vez que dignas e criativas. Afinal, a autoplastia e a autotomia, como pudemos perceber ao longo do estudo aqui desenvolvido, não são apenas mecanismos de defesa - representam, também, modos de subjetivação e expansão psíquica. Desse modo, o trauma, longe de se apresentar como obstáculo para o desenvolvimento e a atividade criadora, é justamente o que incita ambos. Enfim, diante do analisando que se expressa de maneira majoritariamente fragmentária, ou seja, por meio de “silêncios, falas interrompidas ou pouco encadeadas, dificuldades com a associação livre e oscilações afetivas”, surge para o analista um impasse: acolher essa fragmentação sem exigir coerência ou continuidade, acompanhando as variações afetivas e deixando-se afetar por elas. Trata-se de suportar tais momentos fragmentários sem tentar unificar as partes nem confrontá-las - gesto típico de intervenções que buscam revelar contradições. Em suma, o movimento do analista deve ser de reconhecer a cisão como modo legítimo de ser, com seus inacabamentos e remendos. Ao positivar esse funcionamento, o profissional possibilita que o paciente circule entre seus fragmentos sem culpa ou sofrimento por não alcançar uma integração impossível, dando destino a eles e sentindo-se, assim, “viável como pessoa” (Gondar, 2021, p. 51)

Torna-se perceptível, então, que o espaço de análise também é de reconciliação e reencantamento com o mundo (Reis, 2017c). O estilo clínico “elástico” proposto por Ferenczi (1928b) permite, “para as subjetividades enrijecidas e comprometidas em sua capacidade de brincar”, o resgate da criatividade e uma reinvenção do viver (Kupperman, 2006, p. 31). Por meio dele, o analisando é capaz de realizar uma reorganização de traços mnêmicos, “pela inscrição de algo que não existia: as coisas boas, a presença que dá suporte para a criança existir por sua conta” (Reis, 2017b, p. 86). Dessa maneira, ela pode vir a reestruturar as possibilidades narrativas de sua história, tornando-a mais rica de sentidos ambivalentes e

deixando de configurar um mal absoluto que se opõe a um bem inalcançável. Dito de outro modo, a criança “passa de vítima a autora” (Reis, 2017b, p. 86).

A clínica ferencziana aposta, portanto, na vitalidade ainda possível. Como sugere Mello, Féres-Carneiro e Magalhães (2019), trata-se de perceber onde a vida pulsa, mesmo quando reduzida a vestígios mínimos, “acolhendo lampejos de desejo, brasas sob cinzas” (p. 10). Nesse sentido, Ferenczi (1934, p. 117) já intuía que, ainda que não seja possível restituir ao paciente tudo o que lhe foi negado na infância, a simples experiência de uma presença que “vem em sua ajuda” pode oferecer o impulso para uma nova vida, permitindo fechar o “dossiê” do irrecuperável e contentar-se com o que a vida, apesar de tudo, ainda oferece. Como observa Boraks (2008), estar vivo não é uma condição dada, mas uma capacidade que se constrói no *entre* da relação: é o movimento que transforma a sobrevivência em experiência e que permite que analista e analisando suportem, juntos, as oscilações próprias do viver. Insistir, portanto, na criação de um mundo possivelmente melhor - sempre por se fazer - é também insistir na possibilidade de acordar aquilo que esteve adormecido, permitindo que novas formas de existência possam emergir (Mello, Féres-Carneiro e Magalhães, 2019). Nas palavras de Ferenczi (1932, p. 73):

[...] fazer reviver, por assim dizer, a alma que se rendeu, com tato, mas com energia, e levar lentamente esse fragmento morto ou clivado a admitir que, na verdade, não está morto. Ao mesmo tempo, cumpre que o paciente sinta uma corrente suficiente de piedade e de compaixão para que lhe valha a pena retornar a vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho buscou circunscrever, ao longo de seus capítulos, a complexidade que envolve a autoclivagem narcísica, entendida não apenas como efeito devastador do traumatismo, mas também como um modo paradoxal de sobrevivência e criação. A partir da clínica ferencziana, tornou-se possível compreender que a experiência traumática não se esgota em sua violência, mas se inscreve, sobretudo, na relação: é o desmentido que subtrai da criança a confiança em seus próprios sentidos e inaugura uma subjetividade fraturada, silenciada e forçada a prosseguir por caminhos que não escolheu (Ferenczi, 1933; Gondar, 2017a). No entanto, como evidenciado pelas formulações de Ferenczi (1933; 1934), a fragmentação não se limita ao sofrimento; ela comporta também uma progressão que permite ao sujeito, mesmo “a duras penas”, manter algum fio de continuidade. Assim, reconhece-se na clivagem um gesto ambivalente paradoxal: aquilo que destrói é, simultaneamente, aquilo que salva.

Ao explorar os mecanismos envolvidos nesse processo - desmentido, confusão de línguas, autoplastia, autotomia, *orpha* - e articulá-los às contribuições de autores contemporâneos, evidenciou-se que a subjetividade clivada permanece com vida, ainda que ocultada sobre expressões de silêncio e retraimento. Isso porque, o fragmento órfico que progride e cuida resguarda com exatidão matemática a parte do *eu* que luta para sobreviver. Ainda assim, a marca do traumatismo é carregada, tornando o indivíduo frágil, temeroso e extremamente sensível à possibilidade de repetição traumática. Daí a exigência, para o campo clínico, de um manejo que não se apoie em ideais de unidade ou coerência, mas que aceite as diferentes formas de subjetivação existentes, isto é, reconhecendo a fragmentação como modo válido de existir (Gondar, 2021).

Nesse sentido, entende-se que a clínica aqui discutida não é a de um analista que se protege no fanatismo da interpretação, mas de alguém que se deixa afetar. O tratamento se baseia numa presença sinceramente implicada, capaz de “sentir com” e suportar regressões profundas, mas sem reproduzir a frieza originária do traumatismo, uma vez que é capaz contrastá-la (Ferenczi, 1928b; 1931). Os desdobramentos contemporâneos dessa proposta - como o estilo clínico “elástico” (Ferenczi, 1928b), a função órfica do analista (Baracat &

Belo, 2025), o testemunho sensível (Vertzman, 2002; Reis, 2017c) e o resgate da ternura infantil como linguagem criativa (Kupperman, 2019) - ampliam a noção do manejo analítico. O analista, ao acolher as partes mortas, apoiar lampejos de vitalidade e reconhecer percepções antes desacreditadas, passa a oferecer aquilo que faltou no instante do trauma: um outro que não desmente, não invade e não abandona. Trata-se, como sugere Mello, Féres-Carneiro e Magalhães (2019), de perceber onde a vida pulsa e acompanhar o paciente na difícil tarefa de reacender brasas que quase se apagaram.

Em última instância, este estudo permitiu compreender que a clínica da autoclivagem narcísica exige, para além da técnica, uma presença. Uma presença sensível que escute, testemunhe e acompanhe o analisando na reconstrução de sua própria narrativa - não para restituir uma unidade perdida, mas para criar novas condições autênticas de existência. A análise, nesse horizonte, torna-se um espaço em que o sujeito pode passar “de vítima a autor” (Reis, 2017b).

Finalmente, ao concluir esta monografia, torna-se possível destacar, de diferentes maneiras, a ideia central que atravessa o traumatismo ferenciano: mesmo diante do horror, algo da vida insiste. Cabe, então, ao analista - quando de fato sensível aos afetos do analisando - acompanhar essa insistência, testemunhando um processo de vitalização que nunca se encerra. Afinal, como salienta Ferenczi (1934, p. 134) o analista, contrastante em relação à situação traumática vivida, pode funcionar como a “coisa favorável” que se apresenta no novo embate - nele, “o paciente não está inteiramente só”. Relembrando as palavras do psicanalista húngaro (1934, p. 134): “Talvez não lhe possamos oferecer tudo o que lhe caberia em sua infância, mas só o fato de que possamos vir em sua ajuda já proporciona o impulso para uma nova vida [...]” (Ferenczi, 1934, p. 134).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Sternberg, R. J. (1986). A triangular theory of love. *Psychological Review*, 93(2), 119-135. doi: 10.1037/0033-295X.93.2.119.
- AVELLO, J. L. (1998). *Para leer Ferenczi*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- BALINT, M. (1993). *A falha básica: aspectos terapêuticos da regressão* (F. F. Settineri, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1968).
- BELO, F. R. R.; BARACAT, J. (2025). *Ferenczi e a função orpha: algumas consequências psíquicas da fragmentação do sujeito traumatizado*. *Revista Tempo Psicanalítico*, 57, e-920. Disponível em: <https://doi.org/10.71101/rtp.57.920>
- BORAKS, R. (2008). A capacidade de estar vivo. *Revista Brasileira de Psicanálise*, v. 42, n. 1, p. 112–123, 2008.
- CABRÉ, L. M. (2017). El diario clínico de Ferenczi. In L. M. Cabré (Org.), *Autenticidad y reciprocidad: un diálogo con Ferenczi* (p. 23–32). Buenos Aires, AR: Biebel.
- CÂMARA, L. (2012) *Do descrédito (desmentido) à catástrofe: a teoria ferencziana do trauma*. 2012, Monografia (Graduação em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- CÂMARA, L.; CANAVÊZ, F. (2020). Contribuições de Sándor Ferenczi para o fenômeno da autolesão. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 23(1), 57–76. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2020v23n1p57.5>
- CÂMARA, L.; HERZOG, R. (2023). *Ferenczi e a mutualidade expressiva*. *Revista Tempo Psicanalítico*, 55(1), e-920. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0101-48382023000100008&script=sci_artext
- CÂMARA, L. C. P. (2018). *Modulações do corpo: expressão e impressão na teoria ferencziana*. Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ. Disponível em: <https://teopsic.psicologia.ufrj.br/wp-content/uploads/2021/06/tese-de-doutorado-Leonardo-Camara.pdf>
- FERENCZI, S. (1990). *Diário clínico*. São Paulo, SP: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1932).
- FERENCZI, S. (2011). Perspectivas da psicanálise. In S. Ferenczi, *Obras completas (Psicanálise III)* (p. 243–260). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1924).
- FERENCZI, S. (2011). O problema da afirmação do desprazer. In S. Ferenczi, *Obras completas (Psicanálise III)* (p. 431–443). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1926).
- FERENCZI, S. (2011). Adaptação da família à criança. In S. Ferenczi, *Obras completas (Psicanálise IV)* (p. 1–15). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1928a).
- FERENCZI, S. (2011). Elasticidade da técnica. In S. Ferenczi, *Obras completas (Psicanálise IV)* (p. 29–46). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1928b).
- FERENCZI, S. (2011). A criança mal acolhida e sua pulsão de morte. In S. Ferenczi, *Obras completas (Psicanálise IV)* (p. 47–51). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1929).

- FERENCZI, S. (2011). Princípio de relaxamento e neocatarse. In S. Ferenczi, *Obras completas (Psicanálise IV)*. São Paulo, SP: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1930).
- FERENCZI, S. (2011). Análise de crianças com adultos e crianças. In S. Ferenczi, *Obras completas (Psicanálise IV)* (p. 69–83). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1931).
- FERENCZI, S. (2011). Confusão de línguas entre adultos e crianças. In S. Ferenczi, *Obras completas (Psicanálise IV)* (p. 97–106). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1933).
- FERENCZI, S. (2011). Notas e fragmentos. In S. Ferenczi, *Obras completas (Psicanálise IV)*. São Paulo, SP: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1934).
- GOMES, G. D. (2016). *De Viena a Wiesbaden: o percurso do pensamento clínico-teórico de Sándor Ferenczi* [Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo]. Repositório Institucional PUC-SP.
- GONDAR, J. (2012). Ferenczi como pensador político. *Cadernos de Psicanálise – CPRJ*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 27, p. 193–210, jul./dez. 2012.
- GONDAR, J. (2017a). Interpretar, agir, “sentir com”. In E. S. Reis & J. Gondar (Orgs.), *Com Ferenczi: clínica, subjetivação, política* (p. 33–51). Rio de Janeiro, RJ: 7Letras.
- GONDAR, J. (2017b). O desmentido e a zona cinzenta. In E. S. Reis & J. Gondar (Orgs.), *Com Ferenczi: clínica, subjetivação, política* (p. 89–100). Rio de Janeiro, RJ: 7Letras.
- GONDAR, J. (2021) Em pedaços: a fragmentação na obra de Sándor Ferenczi. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 47–52, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-44142021001006>.
- KNOBLOCH, F. (1998). *O tempo do traumático* (1ª ed.). São Paulo, SP: EDUC-FAPESP.
- KUPERMANN, D. (2006). *A progressão traumática: algumas consequências para a clínica na contemporaneidade*. Percurso, 19(36), 25-32. Disponível em: <https://percurso.openjournalsolutions.com.br/index.php/ojs/article/view/999>
- KUPERMANN, D. (2019) Ferenczi e os objetivos do tratamento psicanalítico: autenticidade, neocatarse, crianceria. *Estilos da Clínica*, v. 24, n. 2, p. 182–194, 2019.
- LIBERMAN, A. (2013). “Escisión” e “identificación con el agresor” en *El diario clínico de Sándor Ferenczi*. *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis*, (17), 151–164.
- MELLO, R. M. de; HERZOG, R. (2012). Psiquismos clivados: vazio de sentido e insistência no existir. *Cadernos de Psicanálise (Rio de Janeiro)*, 34(27), 65–81. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-62952012000200004
- MELLO, R. M. de; FÉRES-CARNEIRO, T.; MAGALHÃES, A. S. (2019). Trauma, clivagem e progressão intelectual: um estudo sobre o bebê sábio ferencziano. *Psicologia em Estudo*, 24. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v24i0.45390>
- MELLO, R. M. de. (2021). *A problemática da clivagem: aspectos teóricos e clínicos*. Curitiba, PR: Appris.
- MENDES, L. da C.; GARCIA, C. A. (2012). Os destinos do trabalho do negativo nas patologias limítrofes. *Psicologia em Revista*, 18(2), 277–292. Disponível em: <https://periodicos.pucminas.br/psicologiaemrevista/article/view/P.1678-9563.2012v18n2p277/4690>
- PINHEIRO, T. (1995). *Ferenczi: do grito à palavra* (1ª ed.). Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar; Editora UFRJ.

- REIS, E. S. (2003) Auto-erotismo; um vazio ativo na clínica contemporânea. In: *Ágora: estudos em teoria psicanalítica*, vol. VI, n. 2, julho/dezembro 2003. Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica do Instituto de Psicologia UFRJ, Contra Capa (187-203).
- REIS, E. S. (1992). *Trauma e repetição no processo psicanalítico: uma abordagem ferencziana* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio de Janeiro]. Repositório Institucional da UFRJ.
- REIS, E. S. (2017a). Vida e morte do bebê sábio. In E. S. Reis & J. Gondar (Orgs.), *Com Ferenczi: clínica, subjetivação, política* (p. 53-64). Rio de Janeiro, RJ: 7Letras.
- REIS, E. S. (2017b). A morte do sentido e a violação da alma. In E. S. Reis & J. Gondar (Orgs.), *Com Ferenczi: clínica, subjetivação, política* (p. 78-87). Rio de Janeiro, RJ: 7Letras.
- REIS, E. S. (2017c). Corpo e memória traumática. In E. S. Reis & J. Gondar (Orgs.), *Com Ferenczi: clínica, subjetivação, política* (p. 103–110). Rio de Janeiro, RJ: 7Letras.
- REIS, E. S. (2019). Transmissão transgeracional – subjetivação do trauma coletivo. *Primórdios*, 6(6), 45–66.
<https://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/cprj-primordios-2019-6-4.pdf>
- VERTZMAN, J. (2002). O observador do mundo: a noção de clivagem em Ferenczi. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 5(1), 59–78.
<https://doi.org/10.1590/S1516-14982002000100005>