



Eduardo Cavalcanti de Medeiros

**Sándor Ferenczi: entre os limites da
clínica e as experimentações técnicas**

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) do Departamento de Psicologia do Centro de Teologia e Ciências Humanas da PUC-Rio.

Orientador: Prof. Carlos Augusto Peixoto Junior

Rio de Janeiro
Março de 2015



Eduardo Cavalcanti de Medeiros

**Sándor Ferenczi: entre os limites da clínica
e as experimentações técnicas**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) do Departamento de Psicologia do Centro de Teologia e Ciências Humanas da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora a baixo assinada.

Prof. Carlos Augusto Peixoto Junior
Orientador
Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Profa. Claudia Amorim Garcia
Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Prof. Octavio Almeida de Souza
Fundação Oswaldo Cruz

Prof^a. Denise Berruezo Portinari
Coordenadora Setorial de Pós-Graduação
e Pesquisa do Centro de Teologia
e Ciências Humanas – PUC-Rio

Rio de Janeiro, 26 de março de 2015.

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, do autor e do orientador.

Eduardo Cavalcanti de Medeiros

Graduou-se em Psicologia na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro em 2012.

Ficha Catalográfica

Medeiros, Eduardo Cavalcanti de

Sándor Ferenczi: entre os limites da clínica e as experimentações técnicas / Eduardo Cavalcanti de Medeiros ; orientador: Carlos Augusto Peixoto Junior. – 2015.

160 f. ; 30 cm

Dissertação (mestrado)—Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2015.

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Técnica psicanalítica. 3. Sándor Ferenczi. 4. Sigmund Freud. 5. Limites. 6. Psicanálise contemporânea. I. Peixoto Junior, Carlos Augusto. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

À memória de Gabriel Medeiros.

Agradecimentos

Ao meu orientador Prof. Dr. Carlos Augusto Peixoto Junior por sua valiosa orientação, sempre cuidadosa, precisa e instigante. Preciosas qualidades sem as quais esse trabalho não seria possível.

A CAPES e à PUC-Rio, pelos auxílios concedidos, sem os quais este trabalho não poderia ter sido realizado.

Aos professores, Claudia Garcia e Octavio Souza, que além de participarem da Comissão examinadora, me estimulam a enveredar, cada vez mais a fundo, nos estudos da psicanálise.

A Casa Verde Núcleo de Assistência em Saúde Mental pelo constante apoio, confiança e, sobretudo, pelo espaço criativo onde é possível, dentro de um coletivo de encontros, criar uma expressão singular.

Aos meus pais, familiares e amigos pela compreensão, suporte e acolhimento.

Ao Paulo Blank por me elucidar a potência e a vivacidade de Ferenczi.

Um agradecimento especial à Natasha Helsinger pelo estímulo, pela ajuda, e por uma parceria permeada de amor e ternura.

Resumo

Medeiros, Cavalcanti Eduardo; Medeiros; Peixoto Junior, Carlos Augusto (orientador). **Sándor Ferenczi: entre os limites da clínica e as experimentações técnicas**. Rio de Janeiro, 2015, 160 p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

O presente trabalho tem como objetivo central discutir as experimentações técnicas de Sándor Ferenczi frente aos impasses oriundos de sua clínica com “pacientes difíceis”. Neste sentido, buscamos apresentar como seus remanejamentos teóricos e reformulações técnicas foram, aos poucos, se distinguindo dos pressupostos básicos da técnica psicanalítica formulada por Freud. Assim, após uma discussão pormenorizada sobre os limites da técnica e da análise nos dois autores, abordamos as inovações de Ferenczi como possíveis norteadores para pensarmos os impasses da clínica contemporânea. Além disso, mostramos como sua obra pode ser tomada como matriz teórica para outros desenvolvimentos conceituais em psicanálise, sobretudo, os de Michael Balint e Donald Winnicott.

Palavras-chave

Técnica psicanalítica; Sándor Ferenczi; Sigmund Freud; limites; psicanálise contemporânea.

Abstract

Medeiros, Cavalcanti Eduardo; Peixoto Junior, Carlos Augusto (Advisor) **Sándor Ferenczi: between clinic limits and techniques experimentations.** Rio de Janeiro, 2015, 160 p. MSc. Dissertation – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

The aim of this dissertation is to discuss the technical experiments of Sándor Ferenczi born from his clinic with "difficult patients". In order to explain his efforts, we present how his theoretical changes and technique reformulations were gradually distinguishing from the basic knowledge of psychoanalytic technique formulated by Freud. So, after a detailed discussion of the limits of psychoanalytic technique in both authors, we present Ferenczi's innovations as a possible guide to think the difficulties in contemporary clinic. In addition, we explain how his work can be taken as theoretical framework to other conceptual developments in psychoanalysis, especially in the work of Michael Balint and Donald Winnicott.

Keywords

Psychoanalytic technique; Sándor Ferenczi; Sigmund Freud; limits; contemporary psychoanalysis.

Sumário

1. Introdução	9
2. A técnica psicanalítica clássica e a prática analítica	18
2.1 As primeiras formulações sobre a técnica	18
2.2 Transferência, resistência e técnica psicanalítica	21
2.3 A técnica psicanalítica sob o signo da pulsão de morte	34
2.4 Os últimos escritos de Freud sobre a técnica	43
3. Sándor Ferenczi: primeiras contribuições à psicanálise	49
3.1 Transferência, introjeção e o lugar do analista	50
3.2 Uma radicalização da técnica clássica	66
4. Impasses clínicos e inovações técnicas	82
4.1 Elasticidade da técnica e do analista: o uso da <i>Einfühlung</i>	83
4.2 Em busca de uma regressão mais profunda e terapêutica: princípio de relaxamento e neocatarse	96
4.3 O trauma em Ferenczi: seus efeitos patológicos e o último recurso para superá-los	103
5. Herança e atualidade de Sándor Ferenczi	115
5.1 A herança de Ferenczi nas diversas tradições psicanalíticas	117
5.2 A técnica psicanalítica frente aos limites: a atualidade de Sándor Ferenczi	128
6. Conclusão	146
7. Referências bibliográficas	149

1.

Introdução

Esse trabalho consiste em uma investigação teórica e uma discussão conceitual que irá se concentrar fundamentalmente na pesquisa bibliográfica das obras de Sigmund Freud e Sándor Ferenczi, assim como nos trabalhos de seus principais comentadores. A problemática central que será apresentada diz respeito à constante exigência de reformulações na técnica psicanalítica frente aos impasses clínicos. Estes sempre estiveram presentes nas discussões acerca das delimitações do campo de analisabilidade da psicanálise, desde os seus primórdios até a contemporaneidade. Nesse sentido, buscaremos apresentar as proposições teóricas e as modificações técnicas inauguradas por Sándor Ferenczi e de que forma seus remanejamentos podem nos servir de norteadores para pensar os atuais limites que incidem na clínica, como também servem de matriz teórica para outros desenvolvimentos conceituais em psicanálise.

Para discutirmos essa problemática, destacamos quatro eixos centrais que constituem quatro capítulos. O primeiro capítulo objetiva investigar as formulações centrais acerca da técnica psicanalítica clássica, tal como descritas no percurso teórico e clínico de Sigmund Freud. Assim, em um primeiro momento, revisitaremos seus trabalhos mais iniciais, como “Estudos sobre a Histeria” (1893-95), “O método psicanalítico de Freud” (1904) e “Sobre a psicoterapia” (1905). O conjunto desses artigos nos possibilitará compreender o abandono do dispositivo hipnótico-sugestivo em nome da técnica da *coerção associativa*, assim como reunir elementos teóricos que sinalizam o que levou Freud a conceder um lugar de centralidade às lacunas da memória. Este é um ponto importante para nossa pesquisa, não só por remeter aos eventos traumáticos, mas, sobretudo, por evidenciar, ainda que de forma embrionária, os efeitos do processo de recalçamento que, por sua vez, estão no bojo da *resistência*.

Dando continuidade a discussão acerca da constituição da técnica psicanalítica, abordaremos os conceitos de *transferência* e de *resistência*. Neste momento, poderemos elucidar como as resistências, que se apresentam como barreiras ao processo terapêutico, impulsionaram algumas transformações na técnica, sobretudo, a postulação da regra da *associação livre*, a ser seguida pelo pacientes,

e a técnica da interpretação, exercida pelo analista (ETCHEGOYEN, 1987). Para contextualizarmos essa discussão, será necessário investigar alguns momentos cruciais do texto freudiano, tais como o “Epílogo do caso Dora” (1905), “Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise” (1912b), “Sobre o início do tratamento” (1913). Em seguida, nos debruçaremos sobre a “A dinâmica da transferência” (1912a), artigo no qual os conceitos de *resistência* e *transferência* são sistematizados. Essa apresentação pormenorizada, particularmente, do conceito de *transferência*, nos conduzirá a duas questões centrais, a saber, a introdução do conceito de *neurose de transferência*, em “Recordar, repetir e elaborar” (1914a) – que representa o momento no qual a transferência foi subsumida à ideia de repetição – e, ainda, ao amor de transferência, que fez com que Freud, em “Observações sobre o amor transferencial” (1915a), sublinhasse que o analista deveria manter a *neutralidade*, a *abstinência* e o *controle da contratransferência*.

Além de explicitarmos os principais elementos que constituem o modelo da técnica psicanalítica estabelecida por Freud, também delinearemos o seu campo de aplicabilidade e os seus obstáculos, como por exemplo, os casos de psicose. Essa questão dos limites da técnica psicanalítica será examinada de forma mais esquemática na terceira parte do primeiro capítulo, quando nos centraremos nos modos pelos quais a enunciação da *pulsão de morte* (FREUD, 1920/1976) incidiu na técnica psicanalítica, exigindo transformações paradigmáticas. Neste sentido, indicaremos como a introdução do conceito de *pulsão de morte* culminou na elaboração da segunda tópica e da segunda teoria pulsional, remanejamentos teóricos que tiveram uma importante incidência na maneira pela qual Freud compreendia a *transferência* e a *repetição*.

Outro tema que será discutido a partir das reformulações teóricas engendradas pela *pulsão de morte* será a concepção de Freud sobre o trauma. Para tematizarmos como o campo do traumático começou a delinear impasses importantes para a técnica psicanalítica, nos debruçaremos na discussão de Freud sobre as neuroses de guerra (FREUD, 1919/1976) e sobre as neuroses traumáticas (FREUD, 1920/1976). Ainda acerca dos impasses clínicos resultantes das manifestações referentes à *pulsão de morte*, tomaremos como exemplo o caso do Homem dos Lobos (FREUD, 1918/1976), enquanto modelo que representa os limites da técnica psicanalítica para certos casos clínicos.

Em seguida, apresentaremos uma breve discussão sobre o tema da angústia, contemplando, por exemplo, a distinção feita por Freud (1923/1976, 1926/1976) entre angústia sinal e angústia automática. Esse percurso demonstrará como o excesso pulsional – enquanto uma força disruptiva que não está atrelada ao campo do desejo e do sexual (KUPERMANN, 2011) – inscreveu-se como a problemática central da psicanálise, revelando, assim, os limites do campo da representação psíquica e da discursividade (BIRMAN, 1988). Essas questões se inscrevem em uma problemática mais ampla, a saber, a dos próprios limites do analisável que, por sua vez, continuou interrogando Freud até o fim de sua obra. Afinal, em face da fragilização dos processos de simbolização torna-se necessário que o trabalho analítico promovesse *ligações*, isto é, transformasse energia livre em energia ligada. Para aprofundarmos essa discussão, apresentaremos o recurso técnico da *construção*, apresentado por Freud em “Construções em análise” (1937b).

Após sinalizarmos algumas interpelações de Freud em relação ao próprio discurso psicanalítico, será importante ressaltar que Ferenczi também se deparou com os mesmos impasses teórico-clínicos, mas ofereceu destinos diferenciados para estes, o que culminou em uma discordância entre os dois autores, sobretudo, entre 1928 e 1933. Assim, após uma breve explicitação dos pontos de tensão entre Freud e Ferenczi, já será possível delinear um solo teórico que será aprofundado no segundo capítulo desse trabalho.

O objetivo central deste capítulo é apresentar as primeiras contribuições de Ferenczi à psicanálise e, para isso, destacaremos dois pontos centrais. Primeiramente, daremos ênfase as suas formulações sobre a *transferência*, a *introjeção* e o lugar do analista para, em seguida, discutirmos como Ferenczi operou uma radicalização da técnica clássica.

Para conduzirmos essa discussão será necessário destrinchar os primeiros trabalhos de Ferenczi, sobretudo, os artigos “Transferência e introjeção” (1909) e “Sobre o conceito de introjeção” (1912). Assim, contemplaremos os diferentes mecanismos de defesa da neurose, da demência precoce e da paranoia, o que implicará em sinalizarmos as distinções apontadas pelo autor entre a introjeção, a introversão e a projeção. Outro ponto a ser destacado é a importância do conceito de introjeção para pensarmos o lugar do analista no *setting*. Para desdobrar o aspecto clínico da introjeção precisaremos discutir a concepção de Ferenczi a

respeito do analista como um *catalisador de afetos*, e a antecipação do autor em relação à Freud ao conferir uma centralidade fundamental à transferência na clínica psicanalítica (BIRMAN, 1988; AVELLO, 1996).

Em um segundo momento, retomaremos os conceitos de *introjeção* e *projeção* para discutir como, em “O desenvolvimento do sentido de realidade e seus estágios” (1913), Ferenczi pensa o processo de constituição subjetiva, ou seja, como se estabelecem o processo de formação do ego e a diferenciação entre o eu e o não-eu. Atentaremos, também, para a relação entre o processo de atenuação da onipotência narcísica e a gradual inscrição do princípio de realidade. Para aprofundarmos essa discussão, além de contemplarmos as diferentes formulações de Ferenczi, sobretudo entre 1909 e 1913, nos apoiaremos nas contribuições de Sabourin (1988), Vermorel e Vermorel (1998) e Landa (1998).

A partir da discussão dos processos primitivos que constituem a subjetividade, poderemos lançar luz sobre as relações simbólicas que se dão entre o corpo e o mundo dos objetos (OLIVEIRA, 2011) e, ainda, explicitar a importância que Ferenczi concede ao âmbito relacional e ao meio externo que circunda a criança. Esse tipo de enfoque concedido aos aspectos corporais será transposto à clínica, por exemplo, em observações acerca das manifestações não verbais, tais como a vertigem e o adormecimento do paciente na situação analítica. Essa temática foi detalhadamente abordada por Ferenczi em diversos artigos entre 1912 e 1914. Ainda acerca desses elementos não verbais que se expressam em análise, destacaremos como os esforços de Ferenczi para atender esses pacientes nos remetem aos seus questionamentos sobre os limites da técnica psicanalítica e à ênfase que dava à criação de novas ferramentas clínicas. Afinal, estas deveriam se adaptar aos pacientes que, de modo geral, eram concebidos como inalisáveis, como por exemplo, os psicossomáticos, os *estados limites* e os psicóticos (DUPONT, 1982).

Neste sentido, o segundo objetivo central deste capítulo é elucidar as primeiras inovações técnicas de Ferenczi, elaboradas, sobretudo, entre 1918-1926. Daremos então um enfoque especial à técnica ativa e aos impasses clínicos suscitados por esta, o que implicará em uma discussão sobre a coadunação que se estabelece entre a *atividade* do analista e a intensificação da *frustração* do paciente.

Para contextualizarmos o surgimento da técnica ativa, retomaremos os impasses que fizeram com que Freud, no caso sobre o Homem dos Lobos (1918

[1914] /1976) e em “Linhas de avanço a terapia psicanalítica” (1919 [1918]/1976), indicasse que frente a certas resistências seria imprescindível que o analista tomasse uma posição mais ativa no intuito de, ao aumentar a frustração, chegar ao material recalçado. Assim, poderemos discutir os principais artigos que apresentam as coordenadas da técnica ativa, a saber, “Dificuldades técnicas de uma análise de histeria” (1919) e “Prolongamentos da técnica ativa” (1921). A partir desses trabalhos, constataremos que a técnica ativa não contradiz a técnica psicanalítica clássica, uma vez que o recurso à atividade se constitui como um elemento intensificador dos princípios de *abstinência* e de *frustração*.

O próximo passo será discutir como Ferenczi, a partir do acento colocado à *compulsão à repetição* (FREUD, 1920/1976), passou a enfatizar as “experiências vividas” (*Erlebnisse*) na situação transferencial, em detrimento da elucidação do material recalçado. Nesse ponto, veremos que esse enfoque na possibilidade terapêutica das repetições traumáticas foi, desde o artigo “Perspectivas da psicanálise” (1924a) até o seu *Diário clínico*, amplamente abordado. Em “Contraindicações da técnica ativa” (1926a), por exemplo, Ferenczi destaca que a intensificação da tensão psíquica pelo aumento da frustração, tendia à repetição da experiência traumática na sua pior perspectiva, que seria, justamente, a repetição de uma situação de submissão. Nesse sentido, a relação analítica seria composta pelo analista/adulto-sádico e pelo paciente/criança-submissa.

A partir de uma série de efeitos iatrogênicos resultantes da técnica ativa, apresentaremos como Ferenczi abdica de uma postura incisiva, em busca de uma abordagem mais acolhedora que permita a expressão afetiva do paciente (KUPERMANN, 2008). Essa reformulação técnica ficará mais clara no terceiro capítulo, quando apresentaremos suas contribuições enunciadas entre 1926-1933, as quais, por sua vez, privilegiam o *tato* e o *sentir com* (*Einfühlung*).

Neste capítulo, destacaremos três contribuições centrais do autor: a *elasticidade da técnica* e do analista (FERENCZI, 1928/2011); o *princípio de relaxamento e neocatarse* (FERENCZI, 1930/2011); e sua concepção sobre o *trauma*. No final do capítulo trataremos uma discussão acerca de sua última experimentação técnica que não foi oficialmente formalizada, a polêmica proposta da análise mútua (FERENCZI, 1932/1990).

Em um primeiro momento, discutiremos os pontos centrais do artigo “Elasticidade na técnica psicanalítica” (1928), sobretudo, os motivos pelos quais o autor conferiu importância ao *tato* do analista e à *elasticidade* da técnica (FERENCZI, 1928/2011). Isso implicará, primeiramente, em tangenciarmos sua crítica em relação à obediência rígida de certos analistas aos preceitos freudianos sobre a técnica que, por sua vez, faz com que o método analítico seja inflexível. Discutiremos, também, a importância que o autor confere à análise profunda do analista, como uma *segunda regra fundamental* da psicanálise, a qual se constitui como condição de possibilidade para a *elasticidade da técnica*, como também para o *tato* do analista.

A fim de explorarmos a discussão sobre o *tato* analítico, nos deteremos em uma investigação histórica do termo *Einfühlung* (BOLOGNINI, 2008) que designa, na conceituação de Ferenczi, a faculdade de “sentir com” e que, geralmente, é traduzido por *empatia*. Em seguida, apresentaremos como Freud e Ferenczi utilizaram o termo *Einfühlung* de maneiras distintas. Para isso, utilizaremos três hipóteses de Cano e Kupermann (2013) – a metodológico-epistemológica, a institucional e a de ordem clínica – que buscam compreender os motivos que fizeram com que Freud restringisse o termo *Einfühlung* a um aspecto pré-consciente. Ademais, discutiremos o deslocamento que Ferenczi operou da concepção de Freud, na qual o “tato” seria uma qualidade natural do clínico (e, portanto, um dom), para pensá-la em termos de *disponibilidade* do analista.

A segunda questão central que abordaremos ainda neste capítulo diz respeito ao *princípio de relaxamento* e a *neocatarse*. Para investigar a primeira, daremos enfoque à proposta de Ferenczi, na qual a atitude do analista deve ser *amistosamente benevolente* (*freundlich wohlwollende*). Essa discussão trará elementos para compreendermos o seu olhar crítico em relação ao *princípio de abstinência* e à postura fria e objetiva do analista, sobretudo, em seus efeitos iatrogênicos na situação analítica.

A discussão sobre a *neocatarse*, por sua vez, implicará na elucidação da importância da criação de uma *atmosfera de confiança* para a instauração de processos regressivos em condições mais favoráveis que a do passado traumático. Com essa análise, pretendemos evidenciar que, para pensar a etiologia das patologias psíquicas, Ferenczi (1929; 1933) privilegiou os aspectos ambientais e relacionais em detrimento de uma leitura, fundamentalmente, intrapsíquica. Esta

formulação se encontra, justamente, na base de sua valoração do *acolhimento*, por parte do analista/ambiente, das manifestações oriundas de repetições traumáticas vividas pelo paciente.

Em um terceiro momento, nos concentraremos na concepção de Ferenczi (1933) a respeito do *trauma* e da *análise mútua*. Inicialmente, revisitaremos sua discussão sobre a *confusão de línguas* entre as atitudes passionais do adulto e a ternura da criança. Isso implicará em uma discussão acerca da sedução do adulto, da violência física que este dirige ao infante (sobre a forma de punição), do terrorismo do sofrimento, e, ainda, dos efeitos traumáticos do *desmentido*. Atento à repetição traumática que pode resultar da situação analítica, assim como à afetação mútua que caracteriza a experiência transferencial, explicitaremos como Ferenczi pensou a proposta da *análise mútua*, enquanto uma tentativa de reduzir, ao mínimo, a assimetria do par analista-paciente. Essa experimentação técnica será explicitada no final do capítulo em conjunto com os motivos que o fizeram abandonar esse recurso.

O quarto capítulo busca apresentar a herança e a atualidade de Sándor Ferenczi, o que implicará em trilharmos a apropriação de suas teses em diversas tradições psicanalíticas, como também em elucidarmos como suas contribuições podem oferecer instrumentos teórico-clínicos para lidarmos com os impasses que se apresentam na clínica contemporânea.

Em um primeiro momento, indicaremos como a herança de Ferenczi transcendeu as fronteiras da Hungria, chegando aos Estados Unidos, por influência de suas analisandas, como, por exemplo, através de Clara Thompson (1950). Em seguida, discutiremos sua influência na tradição psicanalítica francesa, dando ênfase as pesquisas de Abraham e Torok sobre a introjeção e o trauma.

Em um segundo momento, discutiremos a influência que Ferenczi teve na *Escola Inglesa*, sobretudo, nos trabalhos de Donald Winnicott e Michael Balint. Para isso, sublinharemos como ambos os autores, cada um à sua maneira, desenvolveu seus conceitos a partir de temáticas caras à Ferenczi, como, por exemplo: a importância do ambiente na etiologia das patologias psíquicas, a ênfase nos aspectos terapêuticos da regressão, os estudos sobre os efeitos do trauma e, sobretudo, o destaque à qualidade do encontro analista-analisando na situação analítica. Assim, nosso intuito é referir os dois autores a uma tradição clínica inaugurada por Ferenczi (FIGUEIREDO, 2002; HAYNAL, 2002).

Apresentada a herança que Ferenczi deixou para as mais diversas tradições psicanalíticas, discutiremos a atualidade de sua obra para a clínica contemporânea. Em um primeiro momento, evidenciaremos como o campo psicanalítico, historicamente, se defrontou com diversos limites, no que tange ao manejo clínico centrado no campo da linguagem e da neutralidade do analista. Para isso, nos baseamos nas contribuições de Birman (2011) acerca dos impasses clínicos e teóricos que permearam a história da psicanálise, dentre os quais se destacam cinco: o trabalho com a psicose, com as crianças, com os pacientes psicossomáticos, com os drogaditos e com os *estados limites*. Em seguida, a partir das contribuições de Garcia (2010), apresentaremos algumas características dos ditos pacientes limites, evidenciando como estas exigem reformulações na técnica psicanalítica.

Para aprofundarmos a discussão sobre os modos de sofrimento psíquico que se tornaram prementes na clínica contemporânea, procuraremos evidenciar alguns aspectos centrais que demarcam a conjuntura sociocultural, ética e política da contemporaneidade. Assim, discutiremos alguns efeitos da globalização e do imperativo do espetáculo (DEBORD, 1992/1997) para os processos de subjetivação (PEIXOTO JUNIOR, 2008), e também como o esvaziamento do espaço público em prol do superinvestimento no espaço privado (SENNET, 1988) afeta a própria constituição subjetiva (GARCIA, 2011). Ademais, elucidaremos como a inflação do mundo íntimo levou à instauração da cultura do narcisismo (LASCH, 1974/1979) que, por sua vez, impulsiona o sujeito a se refugiar em si mesmo, como uma tentativa de proteção. E, a partir de Birman (2000), poderemos observar, como a subjetividade pós-moderna é caracterizada pelo autocentramento e pela exterioridade, na medida em que busca ser glorificada na cena social. Em seguida, atentaremos para a sensação de *insuficiência* que, segundo Ehrenberg (2000), caracterizam os indivíduos na contemporaneidade e indicaremos como isso aponta para um processo de desnarcisação (BIRMAN, 2014).

Essas descrições nos darão subsídios para pensarmos como as novas modalidades de organização psíquica e de mal-estar se distinguem do modelo clássico da neurose privilegiado pelo discurso freudiano. Nesse sentido, apresentaremos a hipótese de Birman (2012) de que o mal-estar parece se caracterizar mais por um *excesso*, do que pelo *conflito psíquico*. Assim, tais

subjetividades se expressam, sobretudo, pelos registros do *corpo*, da *ação* e das *intensidades*.

Em seguida, coadunaremos o processo de desnarcisação aos “sofrimentos narcísicos”, caracterizados por uma precariedade na “constituição de si” e na “experiência de ser”, tal como defendem Salztrager, Verztman, Herzog e Pinheiro (2014), sublinhando como essas formulações colocam em questão a técnica analítica pautada no modelo da neurose de transferência (FREUD, 1914a/2006). A partir da articulação que estes autores propõem entre a *construção* (FREUD, 1937b/1975) e a concepção do analista como *catalisador de afetos* (FERENCZI, 1909/2011), poderemos elucidar alguns horizontes para o trabalho psicanalítico com os pacientes que apresentam uma fragilização da constituição psíquica, narcísica e dos processos de simbolização.

Assim, a partir da explicitação dos elementos centrais que constituem os quadros clínicos predominantes na contemporaneidade, procuraremos sustentar que os instrumentos teóricos e clínicos formulados por Ferenczi, como, por exemplo, a *elasticidade* da técnica, a *empatia*, e o *acolhimento* das regressões traumáticas, podem nos servir como importantes norteadores para pensarmos o manejo clínico com estes pacientes.

2.

A técnica psicanalítica clássica e a prática analítica

2.1

As primeiras formulações sobre a técnica

Os trabalhos mais consistentes de Sigmund Freud dedicados à técnica psicanalítica foram publicados no período de 1912 a 1915. Nesses trabalhos, Freud apresenta as regras mínimas que devem reger a técnica de qualquer processo psicanalítico. Classicamente são quatro regras: a regra fundamental (regra da associação livre de ideias), a abstinência, a neutralidade e a atenção flutuante. Antes de expor, de forma mais detalhada, as regras fundamentais conforme foram apresentadas nesse período, cabe retrocedermos a dois artigos anteriores, “O método psicanalítico de Freud” (1904) e “Sobre a psicoterapia” (1905), nos quais Freud revela os germens das suas ideias a respeito da técnica.

No artigo “O método psicanalítico de Freud” (1904), o autor relata, brevemente, o percurso da psicanálise do método catártico praticado em 1895 até “o singular método psicoterápico” (FREUD, 1904/1989, p. 233) designado psicanálise. Em um primeiro momento, Freud explica que o procedimento catártico pressupõe que o paciente seja hipnotizado para que sua consciência fosse ampliada. O método consistia em levar o paciente a retroceder ao estado psíquico em que o sintoma surgira pela primeira vez com o intuito de trazer à superfície lembranças, ideias e impulsos que se encontravam até então excluídos da sua consciência. Tais processos anímicos suprimidos, uma vez comunicados ao médico, emergiam permeados de intensas expressões afetivas que se encontravam, até o momento, “estranguladas”. A eficácia do procedimento catártico estava justamente ligada à função de descarga do afeto “preso às ações psíquicas suprimidas” (FREUD, 1904/1989, p. 233).

O método catártico elaborado por Joseph Breuer (idem) já havia deixado de utilizar a sugestão, e Freud deu o próximo passo ao introduzir mudanças técnicas que o levaram a novos resultados, a saber, o abandono da hipnose. O método substituto encontrado por ele para ter acesso ao material psíquico que lhe interessava, antes exposto pela ampliação da consciência via hipnose, foi o da associação (nesse artigo Freud ainda não utiliza o termo *associação livre de ideias*). No lugar da hipnose, Freud passa a pedir que seus pacientes falem

livremente, sem excluir de sua comunicação pensamentos involuntários ou perturbadores que cruzem a trama do que é exposto intencionalmente. O primeiro caso no qual Freud abandona a hipnose e passa a estimular, a incitar o paciente à recordação foi o de Elisabeth von R, apresentado em “Estudos sobre a Histeria” (1893-95). Para Etchegoyen (1987), a história clínica de Elisabeth von R apresenta um procedimento intermediário entre o método catártico de Breuer e a psicanálise propriamente dita, pautada na associação livre de ideias. Essa técnica intermediária foi convencionalmente nomeada de *coerção associativa*, uma vez que o paciente era estimulado a recordar os acontecimentos traumáticos e sexuais esquecidos. Procedendo dessa maneira, ele percebe que no relato de seus pacientes aparecem lacunas na memória. E quando o paciente é estimulado a preencher tais lacunas, as ideias que emergem são repelidas por serem contrárias à ética, à estética, à moral, até o momento no qual, ao recordar, um franco mal-estar é sentido pelo paciente. A conclusão a que Freud chega após passar por estas experiências é a de que tais amnésias são resultado de um processo de recalçamento motivado por sentimentos de desprazer. A conclusão complementar é a de que as forças psíquicas que originaram esse recalçamento estariam operando como resistência ao acesso às lembranças.

A introdução do conceito de resistência trará uma série de repercussões no nível da técnica, pois uma vez que se apresenta uma dinâmica de conflito, um jogo de forças, entre as representações sexuais intoleráveis e a consciência recalçadora, o exercício da coerção já não se justifica. Assim, melhor será deixar que o paciente fale livremente. Desta maneira, “uma nova teoria, a teoria da resistência, leva a uma nova técnica, a *associação livre*, própria da psicanálise, que se introduz como preceito técnico, a *regra fundamental*” (ETCHEGOYEN, 1987, p. 7). Como explicita Etchegoyen (1987) com a criação da associação livre, Freud se deparará com outros elementos frente aos quais a teoria do trauma e da recordação cederão seu lugar à teoria sexual, e também a noção de conflito não será vista apenas enquanto uma relação de forças entre recordar e esquecer, mas também entre forças instintivas e repressoras. Nesse contexto, se incluem a questão da sexualidade infantil, do complexo de Édipo, do inconsciente com suas leis e seus conteúdos, da teoria da transferência, entre outros, assim como a *interpretação* como instrumento técnico fundamental.

Ao permitir que seus pacientes falem livremente, Freud dará importância às ideias não intencionais que surgem ao longo do discurso do paciente, pois o que lhe interessa é a relação que elas têm com o material psíquico recalçado. Trata-se, portanto, de avançar das associações até o material recalçado e trazer à consciência aquilo que era antes inconsciente. A técnica desenvolvida por Freud para realizar essa tarefa é apresentada como uma arte de interpretação cujo objetivo é “extrair do minério bruto das associações inintencionais o metal puro dos pensamentos recalçados.” (FREUD, 1904/1989, p. 235). O autor faz a ressalva de que a interpretação não visa apenas às ideias dos doentes, mas também os sonhos, as ações desprovidas de intenção ou planos (atos sintomáticos) e os erros cometidos cotidianamente (lapsos, atos-falhos, entre outros). A meta do tratamento é, em última instância, “tornar o inconsciente acessível à consciência, o que se consegue mediante a superação das resistências” (FREUD, 1904/1989, p. 236).

No final do artigo, Freud apresenta os limites da aplicação da psicanálise e aponta quais são os casos que se configuram como indicados e quais são as contra-indicações. Os casos mais favoráveis seriam aqueles no qual haveria uma psicose crônica “com poucos sintomas violentos ou perigosos” (FREUD, 1904/1989, p. 237), ou seja, todas as configurações de neurose obsessiva e os casos de histeria. Outra indicação para que se tenha proveito com a psicanálise, é a de que a pessoa seja capaz de um estado psíquico normal, que tenha certo grau de inteligência e de desenvolvimento ético e que se encontre em uma faixa etária abaixo dos cinquenta anos. Caso a pessoa não se encaixe nesses requisitos e apresentem más formações de caráter ou idade avançada, o método psicanalítico mostra-se ineficaz frente às resistências.

Em “Sobre a psicoterapia” (1905), conferência pronunciada no Colégio Médico de Viena em 12 de Dezembro de 1904, Freud estabelece a diferença entre a psicanálise (conduzida pela técnica analítica) e as outras psicoterapias que existiam em sua época (conduzidas pela técnica da sugestão). Para ilustrar o seu argumento, ele se baseia no modelo pelo qual Leonardo da Vinci diferencia as artes. Segundo Leonardo, certas artes operam *per via di porre*, enquanto outras operam *per via di levare*. A pintura, por exemplo, “trabalha *per via di porre*, pois deposita sobre a tela incolor partículas coloridas que antes não estavam ali; já a escultura, ao contrário, funciona *per via di levare*, pois retira da pedra tudo o que

encobre a superfície da estátua nela contida” (FREUD, 1905/1989, p. 244). De maneira semelhante, as psicoterapias que trabalham com a técnica da sugestão buscam operar *per via di porre*, pois ao invés de investigarem a origem, a força e o sentido dos sintomas patológicos, depositam algo – o material sugestivo – com o intuito de impedir a expressão da ideia patogênica. A psicanálise, por outro lado, não acrescenta nenhum material novo, mas antes, *per via di levare*, busca tirar, trazer algo para fora visando sempre à gênese dos sintomas e à trama psíquica envolvida na ideia patogênica para que possam ser eliminadas.

2.2

Transferência, resistência e técnica psicanalítica

As mudanças técnicas do método psicanalítico estão intimamente ligadas à maneira como Freud elaborou e reelaborou os conceitos de *transferência* e de *resistência*. As primeiras observações sobre a transferência e a resistência foram feitas em 1895, nos “Estudos sobre a Histeria”, e, posteriormente, no “Epílogo do caso Dora” escrito em Janeiro de 1901 e publicado em 1905. A partir desse momento, as considerações sobre os fenômenos da transferência e da resistência começam a exigir revisões na técnica que ganham o seu acabamento nas “Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise” (1912b) e em “Sobre o início do tratamento” (1913), ambos contemporâneos de “A dinâmica da transferência” (1912a).

Nos “Estudos sobre a Histeria” (1895), precisamente no ensaio “A psicoterapia da Histeria”, Freud destaca as dificuldades e desvantagens do método catártico, no que concerne ao encontro entre médico e paciente. No tratamento da histeria pode aparecer uma série de complicações derivadas da relação terapêutica. Logo, devem haver alguns critérios a serem cumpridos por parte do médico e também do paciente para assegurar o bom andamento do trabalho.

No primeiro momento do tratamento, Freud sublinha que para aqueles pacientes que se colocam nas mãos do médico e depositam sua confiança nele, torna-se:

quase inevitável que sua relação pessoal com ele assuma indevidamente, por algum tempo, o primeiro plano. Na verdade, parece que tal influência por parte do médico é uma condição

sine qua non para a solução do problema. (FREUD, 1895/1995, p. 281).

Mais adiante ele examina a relação médico-paciente, não mais pelo viés da condição de êxito do tratamento, mas como um obstáculo externo à superação da força psíquica da resistência. Nessas situações, o paciente pode estar “transferindo para a figura do médico as representações aflitivas que emergem do conteúdo da análise. Essa é uma ocorrência frequente e, a rigor, usual em algumas análises. A transferência para o médico se dá por meio de uma falsa ligação”. (FREUD, 1895/1995, p. 313). Cabe ressaltar que, nessa assertiva, segundo nota do editor, a palavra ‘transferência’ aparece pela primeira vez na obra de Freud com um sentido psicanalítico. A resistência, enquanto obstáculo a ser superado, consiste na produção, pelo paciente, de comportamentos que entram o progresso da terapia. O êxito do tratamento depende, portanto, do acesso ao núcleo patogênico mediante a superação das resistências, que se apresentam em camadas, e o acesso a cada uma esbarra num grau maior de resistência. A origem da resistência muitas vezes se expressa como uma repulsa do paciente a tomar conhecimento daquilo que reprimiu. Essa enérgica negação, ao ser interpretada na análise, pode ser, em seguida, acompanhada de “uma associação ou um ato sintomático que a confirme.” (MEZAN, 2011, p. 237).

Na análise do caso Dora, o conceito de transferência deixa de ser visto apenas como resistência, como obstáculo a ser superado, e se torna também uma exigência indispensável à técnica psicanalítica, pois Freud se convence “de que não há nenhum meio de evitá-la” (FREUD, 1905/1989, p.110). As transferências que o paciente faz para o médico podem ser ternas e amistosas, mas também podem ser hostis. Não obstante, todas são “reedições, reproduções das moções e fantasias que durante o avanço da análise soem despertar-se e tornar-se conscientes, mas com a característica (própria do gênero) de substituir uma pessoa anterior pela pessoa do médico”. (FREUD, 1905/1989, p.110).

Em 1909, Freud profere uma série de conferências nos Estados Unidos, na Clark University em Worcester, que foram posteriormente reunidas sob o título de “Cinco lições de psicanálise” (1910 [1909]). O autor dedica uma de suas lições ao conceito de transferência, nos dando então um panorama dos avanços de suas ideias após a experiência com o caso Dora. Ele inicia a conferência introduzindo as suas descobertas acerca da sexualidade infantil e atribui a gênese dos sintomas

neuróticos aos componentes eróticos pulsionais, concluindo que os sintomas contêm as moções da vida sexual infantil do neurótico. Dando continuidade à sua exposição, Freud explica que o paciente neurótico direciona à pessoa do médico as suas fantasias libidinais inconscientes, ou seja, o paciente transfere para o médico um trecho de sua vida afetiva que foi recalçada e, por isto, não pode ser evocada conscientemente. Acerca das forças da resistência e da existência da repressão, Freud explicita que:

as mesmas forças que na situação presente se opunham à emergência das ideias esquecidas na consciência deviam ser, elas próprias, a causa do esquecimento, tendo expulso da consciência as experiências patogênicas. Denominei a este processo hipotético “repressão” e considerei que ele era comprovado pela inegável existência das resistências (FREUD, 1910 [1909]/1970, p. 25)

A resistência, assim, é a manifestação da repressão, e as lacunas do discurso indicam os pontos em que esta se exerceu com mais violência.

Podemos constatar que o conceito de transferência está apoiado em seu caráter libidinal e na sua ligação com a sexualidade infantil enquanto origem das patologias neuróticas. No processo analítico, Freud sublinha que a moção pulsional que o paciente não pode evocar é revivenciada na transferência. Uma vez que esta é estabelecida, o médico deverá, durante o curso do tratamento, ajudar o paciente a liberar a energia afetiva ali contida. Neste ponto, Etchegoyen (1987) considera que a teoria freudiana da transferência deve ser vista como completa e exata, pois se torna claro que:

a transferência é uma peculiar relação de objeto de raiz infantil, de natureza inconsciente (processo primário) e, portanto [...] que confunde o passado com o presente. [...]. Isso quer dizer que os sentimentos, impulsos e desejos que aparecem no momento atual e em relação a uma determinada pessoa (objeto) não podem ser explicados em termos dos aspectos reais dessa relação e sim, ao contrário, se as referir ao passado. (ETCHEGOYEN, 1987, p. 54)

Em “A dinâmica da transferência”, publicado em 1912, Freud chega a uma compreensão mais ampliada do mecanismo da neurose; logo, os fenômenos da transferência e da resistência também passam a ser mais detalhados. Neste artigo, Freud se propõe a resolver dois problemas: a origem e a função da transferência no tratamento psicanalítico. Para ele, a origem da transferência deve ser buscada

em certos modelos de conduta na vida erótica ou em estereótipos que serão constantemente repetidos, frutos da disposição inata e das experiências dos primeiros anos de vida. Ainda acerca da natureza da transferência, Freud faz a distinção entre dois tipos de impulsos eróticos: aqueles que passam por todo o processo de desenvolvimento psíquico e ficam à disposição da consciência, e aqueles que foram retidos no curso do desenvolvimento, ficando separados da consciência e da realidade, permanecendo inconscientes. A gênese e a intensidade da transferência estão relacionadas a essas moções pulsionais cujas representações foram apartadas da consciência e que, submetidas ao princípio do prazer, buscam satisfação através de uma descarga. Como o fenômeno da transferência é o mesmo dentro e fora da análise, a sua causa, portanto, não está relacionada ao método psicanalítico, mas à enfermidade, à neurose. Assim, a pessoa do médico é apenas mais um objeto a ser inserido nas “séries psíquicas” formadas pelo paciente, e que correspondem aos modelos privilegiados da sua satisfação libidinal: as imagens do complexo parental.

Outra questão trabalhada por Freud nesse artigo pode ser sintetizada na seguinte pergunta: por que a transferência aparece durante o tratamento psicanalítico como resistência? Para o autor, a libido não é capaz de se dirigir à realidade e à consciência quando se encontra em estado de repressão, devido à frustração presente na atualidade e à atração dos complexos inconscientes. Essa libido que não adquiriu seu pleno desenvolvimento se torna inconsciente e passa a alimentar as fantasias e as imagos infantis do sujeito, isto é, o complexo de Édipo. Esse processo patológico, pré-condição para que surja a neurose, é apresentado por Freud a partir de um termo introduzido por Jung¹: a *introversão* da libido. No tratamento psicanalítico, o analista persegue a libido em seus processos regressivos, para tentar torná-la, mais uma vez, acessível à consciência e próxima à realidade. Nesse momento, o analista se torna um inimigo das forças de regressão e de repressão que irão, por sua vez, atuar como resistência. Torna-se claro que, em um primeiro momento, as moções eróticas inconscientes, gênese da transferência, atuam como necessárias para o estabelecimento de um vínculo entre

¹ Jung utiliza o termo *introversão*, pela primeira vez, em 1910 no artigo “Sobre os conflitos da alma”. Segundo Laplanche e Pontalis (2004), Freud admite o termo *introversão*, mas faz reservas quanto à sua extensão. Em “Sobre o narcisismo: uma introdução” (1914c), por exemplo, Freud critica o amplo emprego que Jung faz do termo quando designa a psicose como neurose de *introversão*.

o médico e o paciente. E, em um segundo momento, quando o médico busca tornar conscientes tais moções, os mesmos fatores que produziram a introversão irão atuar como resistência.

O problema central destacado por Freud é justamente a abordagem da transferência enquanto um fenômeno erótico que está, na análise, a serviço da resistência. Frente a esse impasse, ele apresenta duas formas de expressão da transferência: uma positiva, de cunho afetivo, e a outra negativa, de caráter hostil. A transferência positiva pode ser ainda subdividida em transferências amistosas que são admissíveis à consciência e vividas a partir de sentimentos afetivos, e transferências de prolongamentos desses sentimentos no inconsciente. Em relação a estas, ele destaca que todas as relações de simpatia, amizade, confiança, assim como emoções análogas estão vinculadas à sexualidade e a desejos sexuais que foram desenvolvidos a partir da suavização de objetivos sexuais. No tratamento, apenas a transferência negativa e a positiva relacionada a impulsos eróticos reprimidos se apresentam como resistência e, por isso, devem ser eliminadas quando tornadas conscientes.

O bom êxito da análise, conclui Freud, depende da resolução da luta que se estabelece no campo da transferência. Trata-se, apesar de todas as dificuldades para o médico, de utilizar o imediatismo e a intensidade da situação transferencial para mostrar ao paciente os seus impulsos eróticos esquecidos, já que “é impossível destruir alguém *in absentia* ou *in effigie*”. (FREUD, 1912a/2006, p. 119). Os dois elementos essenciais que podemos destacar nesse artigo nos parecem ser a ligação que Freud estabelece entre a transferência e o complexo de Édipo e a possibilidade de manejar os fenômenos a ela vinculados, o que permite a interpretação e a comunicação ao paciente dos seus impulsos reprimidos, atualizados na sessão, tornando possível a tomada de consciência no que diz respeito a eles.

No mesmo ano Freud publica “Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise” (1912b). Nesse artigo, ele apresenta uma série de recomendações técnicas oriundas de sua experiência e que tem por objetivo poupar aos médicos que exercem a psicanálise esforços desnecessários e resguardá-los contra algumas inadvertências. De forma sucinta, Freud toca em diversos pontos passíveis de se tornarem impasses, como por exemplo, o receio de se esquecer de todos os detalhes que cada paciente comunica no decurso de meses e anos de tratamento,

assim como a atitude do analista de tomar notas durante a sessão. Preocupações que Freud busca apaziguar, uma vez que esse dispêndio de energia apenas viria a prejudicar a regra fundamental para o analista, a saber, a contrapartida à associação livre do paciente, a *atenção uniformemente suspensa*. Para evitar erros demasiados cuja fonte é os sentimentos do próprio analista, Freud apresenta o modelo do cirurgião que “põe de lado todos os sentimentos, até mesmo a solidariedade humana, e concentra suas forças mentais no objetivo único de realizar a operação tão competentemente quanto possível.” (FREUD, 1912b/2006, p. 128). Essa maneira de conduzir o processo analítico “cria condições mais vantajosas para ambas as partes: para o médico, uma proteção desejável para sua própria vida emocional, e, para o paciente, o maior auxílio que lhe podemos hoje dar” (FREUD, 1912b/2006, p.129). Ainda acerca da postura do analista, Freud sublinha na sétima recomendação que o médico, portanto, “deve ser opaco aos seus pacientes e, como um espelho, não mostrar-lhes nada, exceto o que lhe é mostrado” (FREUD, 1912b/2006, p. 131). Posição que sustentará até seus últimos escritos que tocam questões relativas à técnica, como em “Análise terminável e interminável” (1937a) e “Esboço de psicanálise” (1940 [1938]).

Em 1914, no trabalho “Recordar, repetir e elaborar”, Freud introduz o conceito de *neurose de transferência* e submete a transferência à noção de repetição. O início do artigo remete aos primórdios da psicanálise, época na qual o método catártico utilizava a hipnose para possibilitar a recordação e a ab-reação por parte do paciente. Com o método psicanalítico trata-se de utilizar a *associação livre* para descobrir o que o paciente não conseguia recordar, mas repetia sem o saber. Ao contrapor lembrança à repetição, Freud afirma que o paciente repete ao invés de recordar e o faz sob a ação da resistência. Ele repete suas inibições, traços patológicos de caráter e, no decurso do tratamento, seus sintomas. O paciente, enquanto se acha em tratamento, “não pode fugir a esta compulsão à repetição” (FREUD, 1914a/2006, p. 166). Neste momento, Freud introduz a ideia de uma compulsão à repetição que se configura como uma modalidade de recordação. Dito de outra forma, o paciente neurótico recorda quando repete, mas sem tomar consciência de que o está fazendo. Essa repetição se apresenta como uma transferência do passado esquecido para a figura do médico. Além disto, o paciente também transfere para ele outros aspectos de sua vida (do paciente) que venham a ocorrer durante o tratamento, tais como a entrada ou saída de um

trabalho, o término ou começo de um namoro, etc. A transferência, portanto, é apenas um fragmento da repetição e que se encontra a serviço da resistência, pois, como Freud constata, “quanto maior a resistência, mais extensivamente a atuação (*acting out*) (repetição) que substituirá o recordar.” (FREUD, 1914a/2006, p. 166).

Uma vez estabelecido o vínculo entre médico e paciente, o principal instrumento para transformar a compulsão à repetição em um motivo para recordar é o manejo da transferência. Freud ressalta que com a ajuda do paciente que respeita as condições necessárias da análise, o médico obterá sucesso em fornecer um novo significado transferencial a todos os sintomas da patologia. Em outras palavras, o médico terá êxito em relação à compulsão à repetição de seu paciente, pois conseguirá “substituir a sua neurose comum por uma ‘neurose de transferência’, da qual pode ser curado pelo trabalho terapêutico.” (FREUD, 1914a/2006, p. 170).

No final do artigo, Freud se vê obrigado a debater ainda um ponto em relação à técnica analítica, a saber, a elaboração. Para ele, muitos analistas principiantes caem no erro de considerar que o término do tratamento consiste em superar as resistências do paciente, revelando-as para que se tornem familiares. Na maioria das vezes, no entanto, o simples fato de dar um nome à resistência não traz como resultado a sua desaparecimento. Deve-se, sublinha Freud, “dar ao paciente tempo para conhecer melhor esta resistência com a qual acabou de se familiarizar, para elaborá-la, para superá-la, pela continuação, em desafio a ela, do trabalho analítico segundo a regra fundamental da análise.” (FREUD, 1914a/2006, p. 170).

No mesmo ano de 1914, Freud escreve “Observações sobre o amor transferencial” (1915a) para tratar especificamente das transferências eróticas que podem acontecer em uma situação analítica. De forma sucinta, ele considera que a transferência erótica não é vantajosa para o trabalho analítico, pois, mesmo que uma paciente se porte de maneira dócil e gentil para com o médico, com o tempo ela passará a exigir que seu amor seja retribuído e perderá de vista o mais importante, o interesse no tratamento. Diante dessa situação, o analista nunca deve aceitar ou retribuir estes sentimentos demandados pelo paciente. Mediante esse fato clínico, Freud prescreve três posturas que o analista deve sustentar: neutralidade, abstinência e controle da contratransferência. Apesar de não ter chegado a elaborar uma teoria da contratransferência, em "As perspectivas futuras

da terapêutica psicanalítica" (1910a) ele a descreve como a resposta emocional aos estímulos que provêm do paciente, e adverte que o analista precisa superar as limitações da sua própria neurose, ou seja, os seus próprios "pontos cegos" (ETCHEGOYEN, 1987).

Ainda no ano de 1914, outro impasse clínico é colocado, a saber, que nem todos os pacientes estabelecem uma neurose de transferência. Ao investigar essa questão em "Sobre o narcisismo: uma introdução" (1914c), Freud apresenta dois tipos de escolha objetal e distingue dois tipos de neurose que podem se apresentar na clínica. Quanto à escolha de objeto, o autor postula a existência de dois tipos que podem se apresentar da seguinte forma:

uma pessoa pode amar:

- (1) Em conformidade com o tipo narcisista:
 - (a) O que ela própria é (isto é, ela mesma),
 - (b) O que ela própria foi,
 - (c) O que ela própria gostaria de ser,
 - (d) Alguém que foi uma vez parte dela mesma.
- (2) Em conformidade com o tipo anaclítico (de ligação):
 - (a) A mulher que a alimenta,
 - (b) O homem que a protege. (FREUD, 1914c/1974, p. 107)

De forma mais detalhada, Freud estabelece que no tipo de escolha anaclítica a escolha do objeto de amor recai sobre as pessoas que reproduzem o modelo das figuras parentais, na medida em que estas proviam à criança de alimento e a forneciam proteção. Garcia-Roza (2007) explicita que a escolha anaclítica ocorre, portanto, "num duplo registro: do das pulsões, em que há um apoio das pulsões sexuais nas pulsões de autoconservação; e, no que se refere aos objetos, cuja escolha é feita segundo o modelo do seio materno que se constitui como primeiro objeto de satisfação sexual." (GARCIA-ROZA, 2007, p. 201). De maneira distinta, a escolha objetal do tipo narcisista não toma como modelo a mãe, mas a própria pessoa. Freud continua sua argumentação indicando que esses dois tipos de escolha objetal não são excludentes e não se apresentam em sua forma pura. Contudo, o tipo de escolha no homem e na mulher é bem marcada. Freud descreve então que apenas o homem é capaz de um amor objetal completo, uma vez que há uma transferência do narcisismo original da criança para o objeto sexual. Já na mulher, o narcisismo original é intensificado na puberdade a partir do

amadurecimento dos órgãos sexuais, o que a impede, pelo menos parcialmente, de uma verdadeira escolha objetal. Assim, Freud descreve que as mulheres:

[...] especialmente se forem belas ao crescerem, desenvolvem certo autocontentamento que as recompensa pelas restrições sociais que lhes são impostas em sua escolha objetal. Rigorosamente falando, tais mulheres amam apenas a si mesmas, com uma intensidade comparável à do amor do homem por elas. Sua necessidade não se acha na direção de amar, mas de serem amadas; e o homem que preencher essa condição cairá em suas boas graças. (FREUD, 1914c/1974, p. 105)

Há um caso, porém, em que a mulher, justamente pelo seu tipo de escolha narcisista, tem a possibilidade de estabelecer um amor objetal completo: este se dá na sua relação com o filho. A criança que foi gerada por ela, que foi parte de seu próprio corpo, a “confronta como objeto estranho, ao qual, partindo de seu próprio narcisismo, podem então dar um amor objetal completo.” (FREUD, 1914c/1974, p. 106).

Feita a distinção entre a escolha narcisista e a escolha anaclítica, podemos abordar os dois tipos de neurose que se apresentam na clínica. Freud inicia a sua argumentação sublinhando que “o valor dos conceitos ‘libido do ego’ e ‘libido do objeto’ reside no fato de que se originam do estudo das características íntimas dos processos neuróticos e psicóticos.” (FREUD, 1914c/1974, p. 91). Partindo desse estudo, ele apresenta que tanto um paciente que sofre de histeria quanto de neurose obsessiva desistem de sua relação com a realidade, uma vez que suas relações eróticas com as pessoas e as coisas são retidas na fantasia, ou seja, eles substituem os objetos reais por objetos imaginários. Assim, eles renunciam “à iniciação das atividades motoras para obtenção de seus objetivos relacionados àqueles objetos”. (FREUD, 1914c/1974, p. 90). De maneira distinta, o parafrênico²:

² Freud cunha o termo “parafrenia” em 1911 no trabalho sobre o caso Schreber, enquanto uma nomenclatura melhor apropriada que a de “esquizofrenia” introduzida por E. Bleuler, pois esta concepção se baseia em uma característica psicológica que não lhe é exclusiva, a cisão.

(...) parece ter realmente retirado sua libido das pessoas e das coisas do mundo exterior, sem tê-las substituído por outras na fantasia. (...) A libido afastada do mundo externo é dirigida para o ego e assim dá margem a uma atitude que pode ser denominada de narcisismo. (FREUD, 1914c/1974, p. 91).

A partir dessa reflexão, Freud postula que, diferentemente das neuroses de transferência, em que há o retorno da libido para os objetos da fantasia, na neurose narcísica a libido é dirigida para o eu, tal como ocorre no caso do parafrênico. A consequência clínica deste desvio do interesse do mundo externo – de pessoas e coisas –, concluirá Freud, é que: “[os parafrênicos] tornam-se inacessíveis à influência da psicanálise e não podem ser curados pelos nossos esforços.” (FREUD, 1914c/1974, p. 90).

Em resumo, as neuroses de transferência resultam de um conflito psíquico em que o eu recalca a sexualidade e as moções inconscientes são investidas em substitutos. Contudo, em 1914, Freud percebe que o próprio eu pode ser objeto da pulsão. Assim se coloca a diferença entre a libido narcísica e libido objetal, as quais funcionariam como vasos comunicantes que estabelecem entre si uma relação proporcional: quando uma se empobrece a outra se intensifica (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001). A concepção de neurose narcísica, ou seja, de um investimento libidinal que se encontra retirado do mundo externo e que não foi substituído na fantasia, implica, por sua vez, em uma impossibilidade para o estabelecimento da transferência, o que suscita diversos problemas relativos à natureza e à eficácia da terapia.

Entre 1912-1915, Freud estabelece (MEZAN, 2011) de maneira definitiva a sua teoria das neuroses, após importantes modificações provenientes do reconhecimento das organizações pré-genitais sádico-anais³ e narcisistas⁴, assim como da complexidade metapsicológica contida do artigo de 1915⁵. As diferentes etapas da organização da libido, agora, se apresentam como resultado das

³ A noção de uma organização pré-genital da libido aparece pela primeira vez em 1913 no artigo “Uma contribuição ao problema da escolha da neurose”, e “mesmo assim restrita à organização sádico-anal. É nos acréscimos feitos em 1915 aos *Três ensaios* que a noção de organização aparece de forma mais ampla abarcando a organização “oral”, “anal-sádica” e, posteriormente “fálica”, sendo que esta última só é introduzida em 1923.” (GARCIA-ROZA, 2007, p. 102).

⁴ Este conceito surge após Freud conceber a existência de uma libido objetal e uma libido do ego (narcísica), distinção apresentada, em 1914, no artigo “Sobre o narcisismo: uma introdução”.

⁵ Trata-se dos quatro destinos e dos quatro elementos da pulsão, detalhados no artigo de 1915 “Os instintos e suas vicissitudes”.

transformações da pulsão sexual. Esta, enquanto força constante de energia, “pode passar pelas seguintes vicissitudes: reversão a seu oposto; retorno em direção ao próprio eu (*self*) do indivíduo; sublimação; repressão.” (FREUD, 1915b/1989, p. 147). A repressão enquanto destino pulsional não chega a ser trabalhada em “Os instintos e suas vicissitudes” (1915b), mas ganhará um trabalho à parte onde será apresentada “como um destino pulsional, particularmente complexo e decisivo para a emergência da neurose” (MEZAN, 2011, p. 248).

Ainda acerca do mecanismo geral das neuroses, Mezan (2011) o apresenta em sete etapas a partir da descrição de Freud de 1912, a saber: a primeira diz respeito à frustração da satisfação libidinal; em seguida temos a introversão da libido; uma vez que a libido é introvertida, ela passa a investir os objetos incestuosos infantis; por serem incestuosos, a quarta etapa é a da repressão do investimento; por conseguinte, fantasias são formadas de maneira substitutiva ou diretamente ligada ao reprimido; instaura-se um conflito devido ao ímpeto com que elas procuram aceder à consciência e à intensidade com que o ego se defende desse perigo e, por fim, a última etapa compreende a formação dos sintomas a partir das modalidades de cada neurose.

Dando continuidade à explicitação da teoria das neuroses e também da discussão da eficácia da técnica psicanalítica frente aos impasses clínicos, a elaborada análise que Freud faz da repressão e das suas consequências em cada distúrbio constitui um ponto importante. A repressão, em seu primeiro movimento, separa a carga de afeto da representação ideativa, tendo sido uma vez estabelecido o corte produtor do inconsciente. A repressão, nutrindo-se nas fontes da libido narcísica, impede que a representação desprazerosa chegue à consciência e a reenvia ao inconsciente; mas a energia libidinal que foi deixada livre mediante esta dissociação se converte em angústia e gera desprazer. Nessa conjuntura, a repressão busca eliminar a angústia, seja por meio de uma projeção para um objeto fóbico, seja pela via da somatização da carga de afeto, seja por um contra-investimento para formações psíquicas opostas às representações excluídas, estabelecendo assim as cerimônias obsessivas. A formação dos sintomas, portanto, se dá através desse mecanismo, o qual dá origem aos quadros clínicos característicos das neuroses de transferência. Já nas neuroses narcísicas, a regressão imposta pela repressão atinge as formas mais arcaicas da organização libidinal, produzindo os sintomas da paranoia e da esquizofrenia. Nestes casos, a

repressão age sobre o próprio investimento objetal inconsciente, o que resulta em um considerável afastamento da realidade exterior, fruto de um desligamento da libido em relação ao mundo, e, por conseguinte, na deflagração de tentativas de recuperação expressas, por exemplo, pelas formações delirantes⁶. Essa diferença entre o modo de constituição das neuroses de transferência e das parafrenias é crucial para a discussão dos limites terapêuticos, pois a técnica psicanalítica e o manejo da transferência se veem impotentes frente aos psicóticos.

Outro artigo importante de Freud para pensarmos a prática analítica é a conferência XIX das “Conferências de Introdução à Psicanálise” (1916-17) que traz o título “Resistência e Repressão”. Neste trabalho, Freud enumera as modalidades principais da resistência: a desobediência à regra fundamental da associação livre, seja pela cessação do fluxo de associações, seja pela profusão de absurdos que jorram quando a resistência age às claras; a oposição intelectual, que frequentemente se apresenta como uma sede de conhecimento sobre as teorias e conceitos psicanalíticos, de modo que a sessão é gasta na discussão de pontos afastados da problemática pessoal do paciente; e a forma mais elaborada de todas, que é a transferência. Diante do conflito psíquico do paciente e das resistências que este apresenta durante o processo analítico, Freud explicita, na conferência XXVII cujo título é “Transferência”, que

a solução do conflito neurótico só é possível quando os dois contendores se confrontam no mesmo terreno, isto é, no pré-consciente; realizar isto é o único objetivo da terapia (...). Aquilo que empregamos sem dúvida deve ser a substituição do que está inconsciente pelo que é consciente, a tradução daquilo que é inconsciente para o que é consciente. Sim, é isso. Transformando a coisa inconsciente em consciente, suspendemos as repressões, removemos as condições para a formação dos sintomas, transformamos o conflito patogênico em conflito normal, para o qual deve ser possível, de algum modo, encontrar uma solução. Tudo que realizamos em um paciente é essa única modificação psíquica: a extensão em que ela se efetua é a medida da ajuda que proporcionamos. (FREUD, 1916/1976, p. 506-508).

⁶ Freud, na discussão sobre o caso Schreber escreve: “Assim, tudo tornou-se indiferente e irrelevante para ele, e tem de ser explicado através de uma racionalização secundária” (FREUD, 1911/2006, p. 77); e, mais adiante, grifa: “a formação delirante, que presumimos ser o produto patológico, é, na realidade, a tentativa de restabelecimento, um processo de reconstrução” (FREUD, 1911/2006, p. 78).

Os aspectos até aqui enunciados estão referidos a primeira tópica freudiana e ao primeiro dualismo pulsional. Neste quadro, o conflito psíquico se dá mediante a oposição das pulsões de autoconservação e pulsões sexuais, dualidade que constitui, nesse período, o eixo de referência fundamental da investigação psicanalítica. De forma sucinta, em “A Concepção Psicanalítica Sobre a Perturbação Psicogênica da Visão” (1910b), já podemos vislumbrar um esboço da primeira teoria pulsional, que seria formulada de maneira mais organizada apenas cinco anos mais tarde. Neste artigo, Freud usa pela primeira vez a expressão “pulsões do Eu”, identificando-as às pulsões de autoconservação e à função do recalque. Ali, ele reafirma que a psicanálise concebe o psiquismo de maneira dinâmica, mencionando a constante interação entre forças que podem favorecer umas às outras ou então se inibir mutuamente. A respeito da característica de conflito das pulsões, Freud faz uma importante observação que remete à “oposição entre [as pulsões] que favorecem a sexualidade, a consecução da satisfação sexual, e [as demais pulsões] que têm por objetivo a autopreservação do indivíduo” (FREUD, 1910b/1970, p. 223). Estas foram denominadas “pulsões do Eu”. Seguindo este raciocínio, ele explicita que a vida em sociedade exigiria que as pulsões sexuais fossem suprimidas, e o fracasso de tal operação constituiria a origem das neuroses. Em 1915, em “Os instintos e suas vicissitudes”, Freud elabora uma descrição mais esquemática das pulsões, acrescentando o caráter de pressão constante da pulsão (*Drang*) e, com isso, tornando mais evidente a sua tese de que o conflito psíquico é de ordem pulsional. O recalque, por sua vez, opera quando as representações inconscientes ligadas a uma pulsão sexual, que exige satisfação, ameaça provocar desprazer à conservação do eu consciente. O conflito instaurado se dá, portanto, entre uma sexualidade inconsciente, de um lado, e, de outro, um eu consciente que se esforça por se preservar.

Diante dessa organização do aparelho psíquico, o trabalho do analista consiste em alcançar, através da interpretação, o conteúdo inconsciente recalcado, de modo a liberar o afeto represado nos sintomas e a dissolver o arranjo patológico. A prática analítica se organiza a partir da tríade recordar-repetir-elaborar (FREUD, 1914a/2006): o paciente repete, no *setting*, o seu modo de funcionamento psíquico, determinado por seu inconsciente, como por exemplo, o seu modo de amar, que ele encena tomando o analista como mais um objeto de sua série amorosa. Em seguida, mediante as interpretações do analista, o paciente

elabora o conteúdo inconsciente até recordar a fantasia recalcada que se encontra na base dos seus sintomas. A dinâmica do par analítico consiste, portanto, no seguinte: o paciente apresenta, por meio da repetição, indícios de sua atividade sexual inconsciente; o analista os interpreta; a partir disso, o paciente elabora e o analista, então, avança com as interpretações até que o paciente chegue a recordar.

Nesse momento, podemos explicitar alguns pressupostos clínicos referidos à prática analítica, como: o sintoma é a expressão de um desejo inconsciente recalcado, ou seja, de um conteúdo fantasmático incompatível com a consciência que encontrou a sua satisfação via um arranjo sintomático; a transferência, por responder ao mesmo mecanismo patológico dos sintomas, é uma espécie de neurose substituta; o analista, frente às demandas de amor do paciente, deve frustrar e manejar tais investimentos, de modo a utilizá-lo como motor do tratamento; a interpretação do analista deve incidir sobre todo o conteúdo manifesto determinado pelo conteúdo latente, inconsciente e recalcado (sonhos, atos falhos, lapsos, sintomas, fantasias, entre outros); o intuito da interpretação é levar o paciente a transformar aquilo que ele repete em recordação, esta tendo um primado sobre a repetição e a elaboração; o esforço interpretativo do analista produz como efeito a recordação, pelo paciente, da fantasia inconsciente que alimenta os sintomas e a transferência, coincidindo, assim, com a sua dissolução e com o fim do tratamento.

2.2

A técnica psicanalítica sob o signo da pulsão de morte

Em 1920, no artigo sobre o “Além do princípio do prazer”, Freud relata que após vinte e cinco anos de trabalho o objetivo da psicanálise não é mais o mesmo. No início, o médico não tinha condições de fazer mais do que revelar o material oculto para o paciente, reunir os fragmentos e, no momento certo, comunicar a ele. A psicanálise, nesse momento, era exclusivamente uma arte interpretativa. Frente aos impasses encontrados e aos problemas terapêuticos, um novo objetivo se mostrou necessário: levar o paciente a corroborar a construção teórica feita pelo analista com a sua própria memória. Contudo, mais uma vez, o objetivo de tornar consciente o material inconsciente se mostrou improdutivo, já que o paciente não pode recordar a totalidade do que nele se encontra reprimido.

Nesse ponto, Freud considera o que foi anunciado a respeito da repetição do material reprimido em “Recordar, repetir e elaborar” (1914a) como se fosse uma força atual, e não do passado, acrescentando que estas repetições sempre têm como tema o complexo de Édipo “e são invariavelmente atuadas (acted out) na esfera da transferência, da relação do paciente com o médico.” (FREUD, 1920/1976, p. 32).

A grande mudança conceitual nas noções de transferência, repetição e compulsão à repetição ocorrida em 1920 surge a partir da introdução do conceito de *pulsão morte*. Retrocedendo aos trabalhos da primeira década de 1900, vemos que neles está presente uma tendência ao prazer em toda a dinâmica psíquica, a qual recebeu o nome de princípio do prazer. De forma sucinta, há uma relação do prazer/desprazer com uma quantidade de excitação e há também uma tendência do aparelho psíquico a manter baixa essa quantidade de excitação, ou pelo menos estável. Em 1920, por meio da observação da brincadeira que recebeu o nome de *fort-da*, Freud constata que há um prazer que pode ser obtido através da repetição, mesmo que esta provoque certo desprezer (no exemplo, a separação entre a criança e a mãe). A brincadeira, nesse caso, permitiria uma passagem da passividade para a atividade, na qual a criança tomaria pessoas ou objetos como substitutos dela mesma na situação de desprezer.

No entanto, existem certas circunstâncias em que a compulsão à repetição, originada a partir do inconsciente recalcado, não permite a experiência de prazer pela substituição; além disso, essa possibilidade de prazer nunca esteve vinculada ao princípio que marcaria tal tendência. Na clínica, Freud constata que existem certas resistências intransponíveis que irão exigir uma reformulação da primeira teoria pulsional e, em seguida, da primeira tópica. No que diz respeito a isto, podemos tomar como paradigma o tratamento do Homem dos Lobos⁷.

Freud atende Serguei Pankejeff, o Homem dos Lobos, entre 1910-1914, e no início do quarto ano de análise vê-se diante de intensas resistências impostas pela aderência transferencial de seu paciente. Visando à superação dessa barreira ao tratamento, Freud, seguindo o princípio de abstinência, aumenta a frustração por meio de uma atividade, a saber, fixando de forma unilateral um prazo para o

⁷ Caso clínico publicado em 1918 sob o título de “História de uma neurose infantil”

término da análise⁸. Em um primeiro momento, ele descreve todos os êxitos atingidos a partir da intensificação da frustração, e acredita que seu paciente estivesse curado após a reconstrução da cena traumática. Quatro anos depois, Freud se surpreende com a necessidade de recebê-lo outra vez em análise para “ajudá-lo a dominar uma parte da transferência que não fora resolvida” (GARDINER, 1981, p. 249). Mesmo depois disso, se viu obrigado a encaminhar o paciente a Ruth Mack Brunswick, ainda para tratar de “partes residuais da transferência” (GARDINER, 1981, p. 249), agora de caráter paranoico. Os efeitos iatrogênicos apresentados nesse caso fazem com que Freud perceba, poucos anos depois, “que o excesso que invade o psiquismo não está referido somente à excitação sexual e ao desejo, mas também e, sobretudo, à força disruptiva da pulsão de morte.” (KUPERMANN, 2011, p. 38). Em “Análise terminável e interminável” (1937a), ele faz alusão a este caso quando relata que certas atitudes dos pacientes podem apenas ser atribuídas a um “esgotamento da plasticidade, da capacidade de modificação e desenvolvimento ulterior; [neles] todos os processos mentais, relacionamentos e distribuições de forças são imutáveis, fixos e rígidos [...] – uma espécie de entropia psíquica.” (FREUD, 1937a/1975, p. 275). Mais adiante no artigo de 1937, Freud reafirma a existência de uma força que:

está se defendendo por todos os meios possíveis contra o restabelecimento e que está absolutamente decidida a apegar-se à doença e ao sofrimento [...] esses fenômenos constituem indicações inequívocas da presença de um poder na vida mental que chamamos de instinto de agressividade ou de destruição, segundo seus objetivos, e que remontamos ao instinto de morte original da matéria viva.” (FREUD, 1937a/1975, p. 276).

O caso do Homem dos Lobos, portanto, coloca Freud diante de uma força que o faz repensar a concepção do dualismo pulsional e do aparelho psíquico⁹. Essa reformulação frente aos impasses surgidos no final da segunda década do século XX, e que podem ser remetidas à análise do Homem dos Lobos, assim como às

⁸ Hoje sabemos que Freud tomou essa medida no início de 1914, indicando o final desse mesmo ano como o seu prazo limite.

⁹ Pois uma vez que o dualismo pulsional, Eros e Tânatos, é concebido, Freud constata que “o comportamento dos dois instintos primevos, sua distribuição, mistura, fusão e desfusão [são] coisas que não podemos imaginar como confinadas a uma única província do aparelho psíquico”. (FREUD, 1937a/1975, p. 276).

neuroses de guerra¹⁰, trouxeram à tona a existência de resistências intransponíveis e de forças que não estão submetidas ao princípio do prazer.

Retomando, então, a discussão da relação entre a repetição e as resistências, Freud apresenta no artigo de 1920 a problemática acerca das neuroses traumáticas, conceito que surge como ampliação das neuroses de guerra – termo que denomina os quadros polimorfos observados em consequência dos traumas infligidos a muitas pessoas pela Primeira grande Guerra. Frente a esses quadros, que não eram facilmente explicáveis pela primazia do princípio do prazer, ele conclui que “a compulsão à repetição deve ser atribuída ao elemento reprimido no inconsciente (...) a resistência do ego serve ao princípio do prazer: ele procura evitar o desprazer que seria provocado pela emergência do material reprimido” (FREUD, 1920/1976, p. 33). Assim, Freud chega a uma segunda conclusão: a compulsão à repetição é mais arcaica que o princípio do prazer e não depende dele. É nesse sentido que o autor passa a considerar que a compulsão à repetição é uma tendência que estaria além do princípio do prazer. Em suas palavras: “uma pulsão seria, portanto, uma força impelente interna ao organismo vivo que visa a restabelecer um estado anterior que o ser vivo precisou abandonar devido à influência de forças perturbadoras externas” (FREUD, 1920/2006, p. 160). E, ao afirmar que “o objetivo de toda vida é a morte, e remontando ao passado: o inanimado já existia antes do vivo” (FREUD, 1920/2006, p. 161), dá uma nova configuração a sua teoria das pulsões e ao dualismo pulsional. Agora, este é dividido em pulsões de vida (ou Eros) e pulsões de morte. De forma sucinta, as pulsões de morte estão relacionadas a forças destrutivas e agressivas que têm por objetivo restituir o estado inanimado que existia anteriormente, o que está em consonância com o princípio de Nirvana - equivalente ao princípio de constância, que funciona no sentido de reduzir a zero ou manter o mais baixo possível o nível de excitação do aparelho psíquico -, sendo a morte o estado de menor excitação. As pulsões de vida, em contraponto, mantêm unido tudo o que é vivo, visando, em termos biológicos, à fusão entre corpos celulares, garantindo a imortalidade da substância viva.

A partir dessa reformulação, Freud afirma a existência de processos psíquicos inconscientes que não têm nenhuma tendência espontânea à inscrição

¹⁰ Trata-se do artigo “Introdução à psicanálise e as neuroses de guerra” (1919)

psíquica. Nesse ponto, a compulsão à repetição vem se nodular as pulsões de destruição, e visam a um “além do princípio do prazer”, sublinhando, assim, o aspecto “demoníaco” da pulsão. A repetição enquanto forma imediata e cega à realização do desejo, não compactua com o ego, e é este que, em nome do princípio do prazer, resiste e bloqueia a rememoração, não permitindo outra saída ao reprimido senão se repetir indefinidamente. O próximo passo é saber agora a que finalidade a compulsão à repetição obedece.

Freud, nesse momento, retoma uma distinção estabelecida na época dos “Estudos sobre a Histeria”, precisamente, a hipótese sugerida por Breuer de dois estados de energia psíquica: “livre” e “ligada”, e a aplica à imagem de uma vesícula. No exemplo, temos uma vesícula que marca a existência de uma camada protetora de excitações que, ao receber uma quantidade de estímulos suficientemente forte, é rompida e, uma vez no interior da vesícula, essas excitações se encontram em estado “livre”. Esse rompimento de uma barreira protetora e, por conseguinte, o acúmulo de energia livre é o que Freud denomina de trauma. A tarefa do aparelho psíquico consiste então em restituir as condições do funcionamento do princípio do prazer mediante a religação das excitações para que estas possam ser descarregadas. Essa situação hipotética é transposta aos casos de neurose traumática cujos sonhos, Freud conclui, têm por conteúdo a reprodução da vivência traumatizante. Esses sonhos:

estão ajudando a executar outra tarefa, a qual deve ser realizada antes que a dominância do princípio do prazer possa mesmo começar. Esses sonhos esforçam-se por dominar retrospectivamente o estímulo, desenvolvendo a ansiedade cuja omissão constituiu a neurose traumática. Concedem-nos assim a visão de uma função do aparelho mental, visão que, embora contradiga o princípio do prazer, é sem embargo independente dele, parecendo ser mais primitiva do que o intuito de obter prazer e evitar o desprazer (FREUD, 1920/1976, p. 48).

Neste momento teórico, a conceituação de trauma é retomada, mas em um sentido diferente daquele atribuído a uma incidência essencialmente sexual associada à sedução concreta de um adulto em direção a uma criança, a saber, a antiga hipótese da sedução traumática que foi abandonada em 1897.

Na situação transferencial, o paciente repete na transferência os eventos dolorosos do seu passado, e essa ação é uma evidência de que aquilo que se repete

não foi “ligado”, isto é, não foi subsumido no ego, e, portanto foge ao processo secundário. Dito de outra forma (MEZAN, 2011), a repetição é o regime normal da pulsão em estado livre. Em termos tópicos, essa reformulação conceitual irá colocar problemas a primeira tópica, pois não se trata mais do conflito tópico entre consciente e inconsciente, “mas do conflito intrapsíquico instalado dentro do próprio ego. Este, em grande parte inconsciente, é também conduzido a alimentar a compulsão à repetição”. (BOKANOWSKI, 2002, p. 17).

Para desdobrarmos um pouco mais as relações entre compulsão à repetição e angústia dentro do modelo da segunda tópica, vejamos agora dois artigos centrais, “O Ego e o id” (1923) e “Inibição, sintoma e angústia” (1926). No primeiro, Freud apresenta o ego enquanto uma verdadeira sede de angústia, pois ele se encontra:

ameaçado por perigos originados de três direções [do id, do superego e do mundo externo], ele desenvolve o reflexo de fuga, retirando sua própria catexia da percepção ameaçadora ou do processo semelhantemente considerado no id, e emitindo-a como ansiedade. (FREUD, 1923/1989, p. 74).

A angústia neste caso é abordada como uma reação do ego, ou seja, como uma resposta a um perigo (uma defesa). Esta consideração traz uma dupla consequência (MEZAN, 2011). Ela desmantela a primeira teoria da angústia, pois retira da sexualidade o caráter exclusivo para a sua determinação e, por fim, relança o problema de saber qual é a sua gênese e a serviço de quais funções ela estaria. Esta é a questão central do ensaio “Inibição, sintoma e angústia” (1926), e que será apresentada no capítulo II cujo problema podemos formular da seguinte maneira: se, por definição, o desprazer só poderia ser resultado do aumento na carga de energia, como o deslocamento energético promovido pela repressão pode provocar tal efeito? Para Freud,

a resposta é que essa sequência causal não deve ser explicada de um ponto de vista econômico. A ansiedade não é criada novamente na repressão; é reproduzida como um estado afetivo de conformidade com uma imagem mnêmica já existente. (...). Os estados afetivos têm-se incorporado na mente como precipitados de experiências traumáticas primevas, e quando ocorre uma situação semelhante são revividos como símbolos mnêmicos (FREUD, 1926/1976, p. 115).

A angústia, portanto, emerge da repetição, ou seja, a partir das similaridades percebidas entre determinada situação e o modelo primordial. O modelo fundamental que está na gênese da angústia seria aquele no qual o bebê percebe a falta da mãe e, em seu lugar, encontra outra pessoa, a quem não ama. A mãe é aquela que afasta o perigo que emerge da insatisfação de uma necessidade, ou seja, da “perturbação econômica pelo acúmulo de quantidades de estímulos que precisam ser eliminadas.” (FREUD, 1926/1976, p. 161). Uma vez que o bebê “se dá conta da sua falta, a angústia se antecipa ao perigo possível da mãe não estar presente no momento em que a tensão aumentar até níveis intoleráveis” (MEZAN, 2011, p. 309). É desta maneira que se constitui o “sinal de angústia”, como premonição ou como resposta a um perigo: precisamente, o da separação. Em relação à função da angústia, Freud explicita que ela, enquanto “sinal”, mobiliza o princípio do prazer para inibir o investimento dos desejos ameaçadores cuja tensão se torna insuportável. Diante desse embate de forças, aquelas de cunho repressor são obrigadas a ceder em certos pontos, permitindo a passagem das forças que provocariam desprazer sob a forma de sintomas. Dito de outra forma,

preferiremos dizer que os sintomas são criados a fim de remover o ego de uma situação de perigo. Se se impedir que os sintomas sejam formados, o perigo de fato se concretiza; (...). Podemos também acrescentar que a geração de ansiedade põe a geração de sintomas em movimento e é, na realidade, um requisito prévio dela, pois se o ego não despertasse a instância de prazer-desprazer gerando ansiedade, não conseguiria a força para paralisar o processo que se está preparando no id e que ameaça com perigo (FREUD, 1926/1976, p. 168-169).

Na situação traumática, a angústia não aparece apenas enquanto sinal de desprazer, mas também é revivida automaticamente diante do medo evocado pela situação de desamparo. Existem então duas faces da angústia, “por um lado, uma expectativa de um trauma e, por outro, uma repetição dele em forma atenuada”. (FREUD, 1926/1976, p. 191). No que tange ao tratamento, Freud se encontra diante de uma série de dificuldades clínicas (BOKANOWSKI, 2002) que agora, sob o signo da pulsão de morte, irão abrir caminhos para outras operações psíquicas. Se até 1920, a investigação clínica tinha como norteadores apenas o interdito e o desejo representável na neurose de transferência, agora, as noções de entropia, do irrepresentável, do impossível ganham maior centralidade. Assim,

Freud abre caminho para que sejam consideradas operações psíquicas tais como: a denegação, a cisão, a recusa da realidade, a forclusão, a idealização e a projeção.

Confrontado com os limites engendrados pela pulsão de morte, com os limites da capacidade de representação psíquica e, conseqüentemente, também com os próprios limites do analisável, o projeto psicanalítico e a concepção do tratamento serão redefinidos. Como explicita Birman:

tanto no novo dualismo pulsional quanto na tópica de 1923 a questão do excesso pulsional se apresenta como a problemática fundamental da psicanálise, se colocando também para esta como o que define o limite do campo da representação. Assim, se o advento de Tanatos como pulsão sem representação – definida pelo silêncio e pela ausência de discursividade – já indicava os contornos da questão, a formulação da existência do “id” como uma instância mais abrangente que o “inconsciente” confere a este lugar restrito num contexto psíquico mais amplo onde impera a não-representação (BIRMAN, 1988, p. 28).

Assim, a investigação do excesso pulsional, que se expressa como irrupções, rupturas caóticas, marcas que fogem da ordenação psíquica, engendra o problema teórico e clínico da promoção de ligações, isto é, das simbolizações em análise face à incapacidade simbólica do sujeito para dominar essa energia que incide sobre o seu psiquismo.

Freud, diante dessas questões, procura então em “Análise terminável e interminável” (1937a), explicitar suas interrogações relativas às dificuldades e até mesmo os limites do método e da prática psicanalítica. E, posteriormente, em “Construções em Análise” (1937b), ainda confrontado com os limites impostos pela repetição - enquanto pura energia que não conduz a nenhum conteúdo a ser interpretado, elaborado e lembrado -, o autor propõe a alternativa de uma construção e comunicação, pelo analista, de fragmentos narrativos que não possuem como base a memória recalcada do paciente. Trata-se da tentativa de criar um sentido para o paciente a partir do agrupamento de fragmentos que, em si mesmos, não comportam um sentido oculto passível de interpretação.

Antes de encerramos essa seção, cabe explicitar que assim como Freud se deparou com uma série de impasses a partir da década de 1920, que o forçaram a promover alterações no campo da técnica e da teoria psicanalíticas, Ferenczi também se viu diante de dificuldades semelhantes que o levaram, no entanto, por

caminhos diversos. Esta época, precisamente a partir dos anos 1927-1928 até a morte de Ferenczi em 1933, será marcada por uma sucessiva discordância entre os dois autores. Podemos, a título de introdução para os seguintes capítulos, pontuar algumas delas.

A primeira pode ser situada a partir do Congresso de Berlim, em 1922, onde Freud, ciente dos impasses teórico-clínicos, propõe um prêmio para o melhor trabalho que desenvolvesse o tema das relações da técnica analítica com a teoria analítica, com o intuito de determinar em que medida a técnica influencia a teoria e, em que medida, ambas podem se favorecer ou se prejudicar. Ferenczi e Rank, estimulados por essa questão, escrevem separadamente e publicam em conjunto a obra “Perspectivas da psicanálise” (1924a).

Neste ensaio, ambos partem do artigo de Freud de 1914, “Recordar, repetir e elaborar”, e argumentam extensamente, em contraponto a Freud, que é a compulsão a repetição, e não a rememoração, a única e verdadeira expressão manifesta da transferência, e que deve ser o objeto do trabalho de elaboração durante o tratamento. Nesse momento, ambos preconizam que a análise deve enfatizar a “experiência do vivido” (*Erlebnis*) na transferência, em relação à recordação das lembranças e fantasias recalçadas. Temos aqui um ponto de tensão importante, pois Ferenczi e Rank estão sublinhando que a análise deve colocar o afeto a serviço do sentido, acolhendo esse material e inscrevendo-o em um processo de elaboração a dois, processo esse que implica a contratransferência do analista. É em relação a esse ponto que Ferenczi, em 1928, insistirá na importância da análise do analista, tomando-a como a “segunda regra fundamental da análise” (FERENCZI, 1928/2011, p. 31).

Outro ponto de tensão instaurado no trabalho de 1924 incide justamente sobre o tema do Congresso. Ferenczi e Rank questionam (BOKANOWSKI, 2002) a influência recíproca da técnica sobre a teoria e, inversamente, da teoria sobre a técnica, e sublinham que é necessário abandonar, tanto quanto possível, os pressupostos teóricos quando se aborda a situação analítica. Trata-se, portanto, de “abordar cada caso novo de maneira nova, isto é, não se fechar para novas experiências” (BOKANOWSKI, 2002, p. 23) No pensamento de Ferenczi (BOKANOWSKI, 2002), sobretudo, é a prática que permite à teoria encontrar a sua amplitude e sua pertinência. Desta afirmação derivam, como tentativa de corroborar tal tese, as experimentações e os avanços técnicos notórios do

psicanalista húngaro. Freud, em contraponto, defendia que a teoria ajuda a pensar e explicitar as complexidades da prática, mesmo que nem sempre as resolva. Essa discussão se tornou objeto de uma importante tensão entre Freud e Ferenczi no que concerne ao tipo e a escolha do engajamento do analista na prática. Ponto de tensão que será retomado, mais adiante, na discussão de “Análise terminável e interminável” (1937a).

Podemos extrair desse primeiro momento de tensão entre Freud e Ferenczi, alguns pontos de divergência como, por exemplo, a importância que Ferenczi atribui ao afeto em detrimento da representação; uma maior valorização da repetição em detrimento da rememoração; e o modelo de análise, no qual há um predomínio da regressão e das experiências vividas (*Erlebnis*), distinguindo-se do modelo freudiano baseado exclusivamente no levantamento do recaiado, que possibilita ao analista ir ao encontro do material representacional a ser interpretado, possibilitando, assim, ao paciente, a tomada de consciência (*Einsicht*). Essas divergências que podem ser agrupadas em duas modalidades de análise e de prática analítica serão apresentadas mais adiante, nos capítulos subsequentes desta dissertação, nos quais os avanços teóricos e técnicos de Ferenczi serão mais bem detalhados.

2.3 Os últimos escritos de Freud sobre a técnica

Em um dos seus últimos artigos, “Análise terminável e interminável”, escrito em 1937, Freud coloca em discussão o alcance do tratamento analítico. Assim como em outros trabalhos¹¹, trata-se mais uma vez de expor as dificuldades do procedimento analítico e os obstáculos que se interpõe ao sucesso da análise. No entanto, podemos notar que, nesse trabalho de 1937, Freud se detém de maneira mais enfática nos insucessos da clínica. Ele faz uma longa exposição das causas subjacentes a estas dificuldades com que o psicanalista se defronta em seu ofício, e que acabam sabotando suas ambições terapêuticas.

Segundo Bokanowski (2002), existem dois tipos de abordagem que iluminam esse artigo, uma que interessa à prática, e outra, à teoria. O primeiro

¹¹ Conferências XXVII (1916-1917) e XXVIII (1916-1917) das Conferências Introdutórias sobre Psicanálise. Freud também retornaria ao assunto, embora de forma muito mais breve, na última parte da Conferência XXXIV das Novas Conferências Introdutórias (1933[1932]).

eixo, o que se refere à prática e a sua ação terapêutica, é orientado a partir de questões técnicas e práticas, como, por exemplo: existe um “fim” natural da análise? O que se entende por “fim” de uma análise? Qual a sua duração? Uma análise pretende restabelecer a “normalidade psíquica absoluta”? O segundo eixo diz respeito às questões levantadas pela teoria que, para Freud, possuem poder suficiente para recuar os limites da análise e também para reafirmar a ambição do projeto analítico. A questão levantada é a da entropia à mudança que leva certos pacientes a manifestarem reações terapêuticas negativas, que se expressam como atitudes passionais em relação à análise e ao analista, o que, às vezes, ocorre muito tempo depois do final da própria análise, mesmo quando terminada em condições aparentemente satisfatórias.

Diante do insucesso desses casos, cuja evolução favorável estava inicialmente prevista, Freud busca examinar as razões da ausência da esperada mudança, e enumera os elementos de influência e equilíbrio recíprocos entre três fatores: a potencialidade do “trauma” (o acontecimento traumático e a sua possível internalização, sendo o trauma o fator mais imprevisível dos três), a força pulsional e as modificações do ego (isto é, a natureza e a qualidade das defesas).

Ainda acerca das dificuldades encontradas durante o trabalho analítico, Freud é levado a abordar sucessivamente, nas oito seções de seu ensaio, um determinado número de fatores (BOKANOWSKI, 2002), tais como: o fator constitucional que compromete, de início, a aptidão integrativa; as resistências e os mecanismos de defesa, sublinhando, em primeiro lugar, o recalçamento (sendo ele apenas um destes mecanismos); a compulsão à repetição; a modificação do ego (apontando a cisão como uma dessas modificações); a viscosidade ou a labilidade da libido; a transferência negativa e sua reação mais insurgente; a reação terapêutica negativa, oriunda de um forte sentimento de culpa inconsciente (nesse ponto Freud evoca a necessidade de autopunição e a relação entre o sadismo do superego e o masoquismo do ego); a força da “pulsão de destruição” (a pulsão de morte) que vem fazer oposição a Eros; a destrutividade que flutua e se divide por todas as regiões do aparelho psíquico (isto é, o conjunto das três instâncias: id, ego, superego); as ligações entre a sexualidade e as pulsões de destruição que emergem com o problema da homossexualidade; a dificuldade de suportar a diferença dos sexos (a homossexualidade para os homens, a ausência de pênis para as mulheres); e, por fim, a importante questão do feminino e da “rocha”

do biológico (metáfora que aponta para a recusa da realidade do feminino nos dois sexos) como último obstáculo para o avanço do tratamento. Para Freud, a “rocha”, formada pela ação conjunta da bissexualidade e da última teoria das pulsões (Eros e pulsão de morte), fixaria um limite para a analisabilidade. Nas palavras de Freud, trata-se de uma “rocha da origem”, pois:

em nenhum ponto de nosso trabalho analítico se sofre mais da sensação opressiva de que todos nossos repetidos esforços foram em vão, e da suspeita de que estivemos ‘pregando ao vento’, do que quando estamos tentando persuadir uma mulher a abandonar seu desejo de pênis, com fundamento de que é irrealizável, ou quando estamos procurando convencer um homem de que uma atitude passiva para com homens nem sempre significa castração e que ela é indispensável em muitos relacionamentos da vida. (FREUD, 1937a/1976, p. 286)

Na oitava e última seção de seu ensaio, momento em que introduz e discute a questão da recusa do feminino, Freud menciona que esta “não escapou a atenção de Ferenczi” cujo artigo “O problema do fim da análise”, escrito dez anos antes, em 1927, sublinha que toda análise, “para ser coroada de sucesso”, deveria ter dominado o “desejo de pênis na mulher e a rebelião contra a posição passiva no homem” (BOKANOWSKI, 2002, p. 22) Freud, diante dessa colocação, acha que, em termos de objetivo prático, Ferenczi “estava pedindo muito” (FREUD, 1937a/1976, p. 286). Essa interlocução de Freud com Ferenczi, segundo Bokanowski (2002) pode ser estendida de uma ponta a outra do ensaio, pois podemos lê-lo como um diálogo no qual Freud tenta justificar suas próprias posições teórico-práticas, condenando Ferenczi por ter ultrapassado determinados limites da psicanálise, ou seja, por ter ido além dos pilares que constituem a especificidade do corpo de conhecimento freudiano.

No “Esboço de Psicanálise” (1940), escrito em 1938, Freud faz mais algumas considerações acerca da transferência, da técnica e da teoria psicanalítica, como em tantos outros artigos e conferências. Este ensaio, como afirma James Strachey em nota, difere dos demais pela forma como é redigido. Ele não se dirige mais a leigos, mas a um público que já detém algum conhecimento prévio da psicanálise. Nele, Freud reafirma as duas modalidades de transferência, a positiva e a negativa, assim como a sua origem na repetição de um protótipo da vida infantil do paciente, que se manifesta no momento da análise no qual o analista é

colocado no lugar da mãe ou do pai do paciente. Freud apresenta três vantagens que a transferência traz consigo. A primeira diz respeito ao seu caráter positivo que a torna a “verdadeira força motivadora da colaboração do paciente” (FREUD, 1940/1976, p. 202); a segunda vantagem circunscreve o momento no qual o analista, ocupando o lugar da mãe ou do pai do paciente, ou seja, da origem de seu superego, dispõe do poder de pós-educá-lo; por fim, o analista tem a possibilidade de observar a produção, reprodução e representação de uma parte importante da vida do paciente diante si. Enquanto desvantagem do fenômeno transferencial, Freud reforça a ideia de que certas exigências de satisfação erótica que podem acontecer sob diversos formatos - tais como envolvimento sexual propriamente dito, ou maneiras mais sutis, como intimidade, preferências por certos pacientes em detrimento de outros - irão aparecer e retirar o foco do tratamento. Para evitar tais percalços, ele reafirma sua orientação para a manutenção da abstinência por parte do analista, com o intuito de fazer o paciente defrontar-se com a frustração, pois “um manejo cuidadoso da transferência, de acordo com essa orientação, é, via de regra, extremamente compensador”. (FREUD, 1940/1976, p. 204).

Ainda em seu último trabalho, Freud apresenta algumas limitações quanto ao alcance da técnica psicanalítica, e reafirma que o paciente que irá se submeter ao tratamento deve ter uma coerência e compreensão das exigências da realidade conservadas, pois, caso contrário, ele não poderá engajar-se na análise. Por isso, “descobrimos que temos de renunciar à ideia de experimentar nosso plano de cura com os psicóticos – renunciar a eles talvez para sempre ou talvez apenas por enquanto, até que tenhamos encontrado um outro plano que se lhes adapte melhor.” (FREUD, 1940 [1938]/1976, p. 200)

Após essa exposição, seria necessário tomar algum cuidado para não restringirmos de modo absoluto o alcance da técnica de Freud somente aos casos de neurose, supondo que todas as suas observações técnicas estejam vinculadas de modo exclusivo ao tratamento deste tipo de paciente. Sabemos que Freud atendeu uma grande variedade de casos, tendo alguns deles produzido referenciais técnicos relevantes e inovadores. Todavia, em seus escritos técnicos cuja finalidade é a formação de novos analistas e a difusão da prática analítica, Freud privilegiou, os atendimentos dos casos de histeria como modelos exemplares da prática psicanalítica (1912a, 1912b, 1913, 1915a [1914]).

Assim, podemos destacar que Freud toma o modelo da neurose como aquele a partir do qual a técnica psicanalítica irá se fundamentar, sendo a psicose, por exemplo, um caso infecundo tecnicamente. A clínica freudiana era, em sua maioria, composta por histéricas que, de certa forma, facilmente manifestavam sua transferência através de sentimentos eróticos em relação ao médico, o que confirmava que a dificuldade de manejo nesses casos remetia à exigência de uma neutralidade do analista frente às demandas daquelas pacientes. Entre os anos 1910 e 1920, Freud reafirma as balizas técnicas da clínica psicanalítica: a *associação livre* como regra fundamental; o *princípio de abstinência* que intensifica o estado de frustração do paciente para redirecionar o investimento para o trabalho analítico, produzindo, assim, a emergência do material recalcado; e a *interpretação* como ferramenta principal do analista, o que o levou a chamar a prática psicanalítica de “arte interpretativa”. Desta maneira, podemos dizer que a direção da clínica freudiana é sustentada pelo princípio da abstinência e pela interpretação do desejo irrealizável, modelo esse que visa à responsabilização do sujeito (do analisando) frente aos impasses do interdito e da castração.

Atento à técnica freudiana, e, sobretudo, aos limites desta técnica para alguns casos, Sándor Ferenczi começa a experimentar alterações na técnica clássica, chegando a propor um manejo clínico pautado em princípios diferentes, principalmente no que tange a postura do analista. Essas inovações técnicas, elaboradas progressivamente entre 1928 e 1933, acarretarão em um inevitável conflito com Freud, o qual terá como ápice a concepção ferencziana a respeito do traumatismo infantil.

No próximo capítulo, iremos destacar dois eixos complementares que perpassam todo o percurso de Ferenczi. O primeiro diz respeito ao seu esforço para inserir na experiência analítica os casos clínicos que eram recusados por seus colegas, pois eram considerados não analisáveis ou situados nos limites do analisável, como por exemplo, as psicoses, os estados limites, os casos de psicossomática e as neuroses narcísicas. O segundo eixo, complementar ao primeiro, tange a perspicácia clínica de Ferenczi na sua busca de pensar minuciosamente a fenomenologia e a metapsicologia do processo psicanalítico. Esta postura atenta aos pequenos signos presentes na experiência transferencial, junto à sua implicação em pensar o lugar e a função de todos os instrumentos

metodológicos da experiência psicanalítica, lhe permitiu questionar os seus limites e com isso desvendar novos horizontes para a clínica psicanalítica.

3.

Sándor Ferenczi: primeiras contribuições à psicanálise

Sándor Ferenczi nasceu em Miskolc, Hungria, no dia 16 de julho de 1873, foi o oitavo filho de judeus poloneses, e, aos 21 anos, formou-se em medicina pela Universidade de Viena. Após ter servido no exército austro-húngaro, ingressa como médico-assistente no Hospital Saint Roch, em Budapeste, e, em 1900, estabelece-se como neurologista. Em 1907, através de Stein Fülöp, Ferenczi conhece Carl Gustav Jung e este acha interessante que Ferenczi conheça Freud. Em fevereiro de 1908, Ferenczi visita Freud em Viena e, em pouco tempo, começa a praticar a psicanálise em Budapeste. Prática que exercerá até sua morte, em 1933, aos 60 anos de idade, vítima de uma anemia perniciosa (anemia de Biermer).

Thierry Bokanowski (2000) distingue três períodos na evolução das ideias de Ferenczi: um primeiro que se refere às contribuições para as primeiras concepções freudianas (1908-1914), que se efetivam sob o signo da descoberta do inconsciente e do funcionamento psíquico em relação à neurose infantil, às teorias sexuais infantis, ao sonho e à neurose de transferência; um segundo período (1914-1925), onde o autor desenvolve um interesse crescente pelas relações entre a técnica e a teoria e problematiza os efeitos da cura psicanalítica; por fim, um terceiro momento (1926-1933) marcado por questionamentos e novos conceitos caracterizados pela colocação em perspectiva de novas orientações e proposições técnicas (abandono da técnica ativa em prol da elasticidade técnica e da neocatarse).

Neste capítulo iremos apresentar e discutir os dois primeiros períodos supracitados. Em um primeiro momento, apresentaremos a sua teorização inicial sobre a transferência e a delimitação do lugar do analista no processo psicanalítico. Assim, veremos como em “Transferência e introjeção” (1909), Ferenczi se debruça sobre as observações de Freud acerca da análise de neuróticos¹², apresentando a diferença entre sugestão e transferência, e elabora um novo conceito, o de *introjeção*. Como veremos no decorrer desse trabalho, o conceito de introjeção será minuciosamente utilizado por Ferenczi para pensar a

¹² Sobretudo o estudo de Freud sobre o caso Dora, publicado em 1905 (FREUD, 1905/1989).

dinâmica do processo analítico e terá um papel fundamental para a constituição do psiquismo.

Em um segundo momento, após explicitarmos a importância que Ferenczi atribui ao ambiente no processo de constituição subjetiva e destacarmos a luz que ele lança sobre os elementos não-verbais/corporais da linguagem, trabalharemos o período que concerne às primeiras inovações técnicas (1918-1926). Nascida da tentativa de transpor certas resistências, a *técnica ativa* visa chegar ao material psíquico inconsciente de forma mais rápida por meio de uma radicalização do princípio essencial da análise: a frustração. O aumento da frustração surge como efeito da atividade, ou seja, pela aplicação de injunções e proibições que têm como objetivo produzir um aumento de tensão no paciente, impedindo que este realize ações sintomáticas com origens em vivências infantis. Em seguida, nos deteremos em uma série de pontos problemáticos a respeito da técnica ativa e discutiremos os resultados clínicos obtidos, sobretudo, o ponto que concerne à repetição da experiência traumática na relação analista-paciente. Para encerramos o capítulo, apresentaremos o valor clínico que Ferenczi atribui à compulsão à repetição e ao que ele chama de ‘experiência vivida’ (*Erlebnis*). Atento à repetição das experiências traumáticas no *setting*, e aos efeitos iatrogênicos oriundos da técnica ativa, Ferenczi proporciona uma mudança de perspectiva na técnica psicanalítica. Para encerramos o capítulo, apresentaremos, então, os impasses teóricos e clínicos que o fizeram propor uma maior *flexibilidade* técnica.

3.1 Transferência, introjeção e o lugar do analista

Ferenczi demonstra seu interesse pela transferência logo no início de sua trajetória psicanalítica. No artigo “Transferência e introjeção” (1909), ele inicia sua exposição a partir da comparação¹³ que estabelece entre o psiquismo do neurótico e o do paranoico, explicitando que este projeta para o exterior as emoções que se tornaram penosas para ele. Esse mecanismo de projeção ocorreria “quando um conteúdo psíquico puramente subjetivo se converte em puramente objetivo” (FERENCZI, 1909/1992, p. 183). O neurótico, em contrapartida, busca

¹³ Para I. Barande (1996), Ferenczi pensa o movimento da introjeção de maneira similar ao da transferência, e esta, em seu sentido amplo, é um investimento libidinal a ser tomado enquanto critério de diferenciação entre, de um lado, a demência precoce e a paranoia e, de outro, a neurose.

incluir a maior parcela possível do mundo externo na esfera de seus interesses. Ele está constantemente buscando objetos de identificação e transferência, tentando atrair tudo para o seu “ego”, introjetando-os. Para Landa (1998) Ferenczi buscou estabelecer as fronteiras entre a introversão, a projeção e a introjeção, na medida em que cada um desses termos remeterá a um modelo psicopatológico. De forma sucinta, a introversão é a marca da demência precoce, ou seja, da retirada total do interesse do mundo externo; a projeção é a característica central dos paranoicos, pois são incapazes de

retirar seu interesse do mundo externo. Assim, [o paranoico] contenta-se em rechaçar esse interesse do seu ‘ego’, em projetar no mundo externo esses desejos e essas tendências (Freud), e acredita reconhecer em outrem todo o amor, todo o ódio, que nega existir em si mesmo (FERENCZI, 1909/2011, p. 95).

Na neurose o processo é diametralmente oposto ao da paranoia, pois o neurótico se interessa por tudo, ele distribui seu amor e seu ódio pelo mundo inteiro, seu ego é “patologicamente dilatado, ao passo que o paranoico sofre, por assim dizer, uma contração do “ego”” (FERENCZI, 1909/2011, p. 95). Ainda acerca da distinção entre a introversão, a projeção e a introjeção, Landa (1998) afirma que Ferenczi, nesse artigo, as concebe enquanto mecanismos de defesa, ou seja, como formas pelas quais os pacientes se desfazem das quantidades de energia livremente flutuante resultantes do processo de recalçamento.

Para melhor detalharmos o conceito de introjeção, Mezan (1996) explicita que para Ferenczi não se trata de “simplesmente por para dentro, incorporar em si.” (MEZAN, 1996, p. 101). Não temos aí apenas um movimento que vem de fora para dentro, mas sim um movimento de dentro para fora, “uma espécie de ‘abraço’ que o ego da criança faz com os objetos” (MEZAN, 1996, p. 101). Citando o próprio Ferenczi, a introjeção “é um movimento de extensão para o mundo externo do interesse, no início autoerótico, por meio da introdução dos objetos externos na esfera do ego.” (FERENCZI, 1909/2011 p. 96). Para ele qualquer amor objetal ou qualquer transferência é uma extensão do ego, uma introjeção. Ela é o processo que possibilita ao sujeito a transformação do narcisismo primário em narcisismo secundário, a passagem do amor autoerótico ao amor objetal. Esse movimento de extensão do ego constitui, portanto “o mecanismo dinâmico de todo amor objetal e de toda transferência.” (FERENCZI,

1909/2011, p. 94). Ainda acerca da transferência, Ferenczi sublinha certos aspectos dos âmbitos perceptivo e sensorial que podem desencadeá-la, como por exemplo, “semelhanças físicas irrisórias - cor dos cabelos, gestos, maneiras de segurar a caneta, nome idêntico ou só vagamente parecido com o de uma pessoa outrora importante para o paciente” (FERENCZI, 1909/2011, p. 92).

A transferência enquanto característica dos neuróticos faz parte de um quadro mórbido ao lado da “imitação” e do “contágio psíquico”. Trata-se da capacidade do neurótico de se apropriar das características e dos sintomas de outrem, tal como ocorre na identificação histórica. Ferenczi acrescenta que tal característica diz respeito à capacidade desses “enfermos” em se colocar no lugar de uma outra pessoa, de sentirem intensamente o que acontece com os outros. Nesse ponto, Landa (1998) destaca que a característica indicativa de um “lugar” no mecanismo de identificação está na origem da distinção entre esse mecanismo e o da introjeção como a entendem Nicolas Abraham e Maria Torok. Para os autores, a identificação se encontra no processo de introjeção, mas os dois mecanismos não devem ser confundidos. O resultado da introjeção é uma relação com o objeto interno, enquanto o de identificação é a designação de um lugar eleito pelo sujeito como sendo momentaneamente o seu domicílio. A introjeção também deve ser diferenciada da incorporação, pois este é um mecanismo primitivo de assimilação e englobamento de uma parte do objeto no narcisismo primário. A introjeção, portanto, deve ser compreendida enquanto um movimento que “dilata” o ego, que tem aqui o mesmo sentido de psiquismo.” (MEZAN, 1996, p. 101). Ainda acerca dessa distinção, M. Vermorel e H. Vermorel (1998) explicitam que Ferenczi introduz o conceito de introjeção enquanto um mecanismo fundamental de identificação que está ligado à incorporação. No entanto, tal ligação não deve ser sinônimo de confusão conceitual e ambos os mecanismos devem ser distinguidos. A incorporação (assimilação e destruição) oral, e depois anal, representa um modo maquínico de englobar uma parte do objeto no narcisismo primário, enquanto a introjeção supõe essa incorporação e igualmente a introjeção do outro (da mãe) e de seu desejo.

Ainda acerca da transferência, Ferenczi a define como sendo o fenômeno psicanalítico por excelência, mas igualmente como um fenômeno bastante comum, que se encontra na base de toda relação humana, seja no homem “normal” seja no “neurótico” (LANDA, 1998). Neste último caso, Ferenczi

aponta que em toda manifestação neurótica há, no fundo, uma transferência. Desta maneira, há, por exemplo, no comportamento excessivo da histérica uma representação simbólica própria que se configura em uma rica linguagem, mas que, anteriormente a Freud, era tratada pelos médicos com sarcasmos e desprezos. Neste ponto, Landa (1998) sublinha que Ferenczi ainda não aborda a atitude antianalítica do médico, mas podemos notar uma primeira alusão à existência de uma contratransferência onde há transferência. Assim, “não é apenas o paciente que pode não querer saber de nada de análise; é sobretudo o médico que é tomado por uma cegueira voluntária” (LANDA, 1998, p. 24). A crítica ao médico ou ao psicanalista que se coloca fora do circuito mais problemático da clínica, se protegendo em uma ciência ou saber tranquilizador será uma constante nos artigos de Ferenczi; atitude que, posteriormente, ganhará o nome de “hipocrisia profissional”¹⁴.

Ferenczi mostra que, na medida em que nos familiarizamos mais com o psiquismo do neurótico observamos que a tendência para a transferência não se manifesta apenas em análise, nem apenas em relação com o médico, mas sim em todas as circunstâncias da vida, agindo como um mecanismo psíquico fundamental. Ela é um meio utilizado pelo neurótico para escapar de certos complexos dolorosos e recalcados, impelindo-os com sentimentos exagerados para pessoas e coisas do mundo externo. Logo, o trabalho que se apresenta é o de discernir um fenômeno cuja importância é, sobretudo, econômica. A transferência, descrita enquanto “tendência geral” dos neuróticos, um “impulso, [...], que o alemão designa com felicidade por *Sucht* ou *Süchtigkeit* – é uma das características fundamentais que explica a maior parte dos sintomas de conversão e substituição” (FERENCZI, 1909/2011, p. 94, grifo do autor). Em termos econômicos, a neurose é uma fuga diante de complexos inconscientes, um desinvestimento libidinal de um complexo de representações que se tornou incompatível com a consciência do ego civilizado. Porém, o psiquismo tem dificuldade em tolerar esses afetos livremente flutuantes, desinvestidos do complexo, que logo produzirão a ansiedade permanente que o paciente esforça-se por apaziguar. Na histeria uma parte dessa quantidade de excitação será

¹⁴ O termo “hipocrisia profissional” será cunhado por Ferenczi em 1933 no artigo “Confusão de língua entre os adultos e a criança”.

convertida em sintoma orgânico e, na neurose obsessiva será deslocada para uma ideia de caráter compulsivo. Entretanto, explicita Ferenczi:

parece que essa neutralização nunca é perfeita e que sempre uma quantidade variável de excitação livremente flutuante, centrífuga diríamos nós (“complexífuga”), que procura então neutralizar-se nos objetos do mundo externo. É a essa quantidade de excitação “residual” que imputará a disposição dos neuróticos para a transferência; (FERENCZI, 1909/2011, p. 94)

As particularidades do tratamento psicanalítico, por sua vez, favorecem o estabelecimento da transferência, fazendo com que os afetos até então recalcados apareçam de forma gradual na consciência, encontrando então a figura do médico como receptor destes afetos. Desta maneira, Ferenczi formula a analogia de que o analista desempenha um papel de

catalisador que atrai provisoriamente os afetos liberados pela decomposição; mas cumpre saber que numa análise corretamente conduzida essa combinação mantém-se instável, e uma análise bem administrada deve encaminhar rapidamente o interesse do paciente para as fontes primitivas escondidas, criando uma combinação estável com os complexos até então inconscientes. (FERENCZI, 1909/2011, p. 90)

Aqui vemos que Ferenczi aproxima a função do analista com a de um catalisador, uma vez que a relação transferencial esteja estabelecida. Nesse ponto, podemos destacar que para o psicanalista húngaro a transferência, na análise, depende da introjeção do analista por parte do paciente. Esta articulação segundo Birman (2014) é uma das grandes contribuições de Ferenczi à psicanálise, pois Freud nesta época ainda não havia admitido plenamente a importância estrutural da transferência no processo analítico. Da mesma maneira, Avello (1998) sublinha que em 1909, Freud ainda não havia escrito nenhum trabalho técnico dedicado à questão transferencial. As ideias de Freud supunham que a transferência constituía um fenômeno que tinha sua origem na disposição infantil, em tendências reprimidas dos neuróticos que se reeditam na relação com o analista. E a sua função, naquele momento da teoria psicanalítica, era puramente a de resistência pela sua oposição à rememoração. Àquela época também não se pensava que a transferência estruturava todo o processo analítico, mas que era apenas um fenômeno pontual que emergia nos momentos de máxima resistência.

Ferenczi, partindo dessa percepção do analista como um catalisador, observa que o analista não deveria ser um obstáculo ao processo, como um doutrinador, mas sim assumir este lugar de dinamizador de afetos. Desta maneira, o analista deve entrar na relação para provocar os sentimentos, mas, em seguida, deve sair e remeter esses sentimentos às situações primárias, aos primeiros modelos introjetivos. Portanto, as transferências que se estabelecem entre médico e paciente o levam à descoberta dos personagens envolvidos e dos afetos positivos e negativos ligados a eles.

De forma esquemática, o caminho percorrido pelas associações leva o paciente a falar das pessoas que desempenham um papel importante na vida atual que, por associação, levam a outros afetos e figuras da adolescência até chegarem aos pensamentos recalçados de conteúdo sexual, agressivo e angustiante em relação à família, notadamente, aos pais. Ferenczi conclui que “parece no fim das contas, que a criança ávida de amor mas inquieta, receosa, persiste no adulto, e que todo o amor, ódio ou medo posteriores são apenas transferências” (FERENCZI, 1909/2011, pág. 106).

Dois tipos de transferência são distinguidas por Ferenczi: a paterna e a materna. A primeira implica em uma autoridade do analista, uma posição paternal que constitui o modelo da psicanálise clássica, interpretativa, intelectual. A situação transferencial materna, por outro lado, é caracterizada por uma posição mais acolhedora e afetiva por parte do analista. Giampieri-Deutsch (1996) destaca que essa distinção foi feita por Ferenczi três anos antes do artigo de Freud “A dinâmica da transferência” (1912a), o que nos revela que ele já estava ciente de que são as necessidades emocionais do paciente que determinam se o analista deve assumir o papel de pai ou de mãe – ou, via de regra, os dois. Para que o processo analítico seja bem sucedido, Ferenczi sublinha que o analista deve trabalhar também a contratransferência, no sentido de atingir um relaxamento que lhe permita afetar e ser afetado na medida da solicitação da relação paciente-analista. Esta abertura à reflexão sobre a contratransferência e para uma relação na qual o analista está um pouco mais presente com seus afetos, já é um indício das experimentações posteriores que ele fará na técnica psicanalítica.

No mesmo trabalho, o autor discute ainda o papel da transferência na hipnose e na sugestão, mostrando que a capacidade de ser hipnotizado ou sugestionado depende da capacidade de transferência do paciente. O interessante é

a sua constatação de que é preciso saber comandar para que uma hipnose aconteça com segurança, sem deixar que o fator de resistência ocorra ao médium; portanto é preciso uma absoluta confiança do médico em si mesmo. De maneira geral, o hipnotizador deverá escolher qual dos papéis ele irá assumir: o maternal, ou seja, aquele que de forma amistosa persuade o indivíduo por meio de palavras monótonas, com carícias no cabelo, utilizando um método terno; ou o paternal, aquele que por via da ameaça e intimidação, assume um tom severo. Apesar de não atribuir grande importância à distinção entre estes dois tipos de hipnose, o autor mostra como a situação criada neste contexto é adequada para evocar certos aspectos infantis do paciente. De todo modo, a questão trazida por Freud e mais tarde recolocada por Ferenczi é que a transferência – sendo ela estabelecida pela hipnose e sugestão ou em estado de vigília, através da associação livre, atos falhos, etc. – desperta no paciente os mesmos afetos de amor ou de temor que a criança sentia por seus pais. Ferenczi afirma então que no mais profundo de nosso ser continuamos crianças e assim ficaremos toda a vida. Em suas palavras: “grattez l’adulte et vous y trouverez l’enfant¹⁵” (FERENCZI, 1909/2011, p. 111).

Para M. Vermorel e H. Vermorel (1998), o interesse de Ferenczi por distinguir uma hipnose paterna (autoritária) de uma hipnose materna (permeada por doçura e contatos corporais) está atrelado ao seu interesse pela expressão regressiva da transferência para os objetos parentais primitivos. Nesta situação arcaica é percebida uma certa indistinção das imagens que o leva a supor que por detrás das transferências heterossexuais, existem transferências homossexuais. Tal constatação é apresentada na descrição do caso de uma paciente que “sofria de ciúme paranoico [...] a fonte de sua doença era a homossexualidade infantil transferida outrora de sua mãe para a suas babás, depois para suas amigas, e que foi muito ativa” (FERENCZI, 1909/2011, p.107). Segundo os autores, Ferenczi já se preocupa em discutir, no fenômeno da transferência, o “mecanismo precoce de identificação, com a introjeção primitiva, na relação mãe-bebe dos primórdios” (VERMOREL, M; VERMOREL H, 1998, p. 78). Essa concepção mais primitiva acerca da transferência anuncia o seu interesse às posteriores pesquisas que realiza sobre as transferências narcísicas.

¹⁵ Do francês: “Raspe um adulto e por baixo dele encontrarão a criança”.

Outro eixo de investigação no artigo de 1909 diz respeito ao papel da introjeção e da projeção na constituição subjetiva. De forma sucinta, Ferenczi explicita que o recém-nascido tem uma vivência monista do mundo, quer se trate dos estímulos externos ou dos estímulos internos. Para ele, tudo faz parte de uma massa de percepções. A passagem do monismo para o dualismo é o momento no qual o recém-nascido começa a distinguir o que é produto da sua vontade do que é “rebelde à sua vontade” (FERENCZI, 1909/2011). O recurso necessário para esse processo é uma gradual utilização da linguagem, assim como a aceitação de uma limitação dos poderes da vontade, o que implica em uma atividade de descoberta e um agir. Desta maneira, o bebê conseguirá, aos poucos, separar o mundo externo do conjunto das suas percepções, formando um “ego”. Em outras palavras, ele conseguirá distinguir entre o que é vivido internamente (*Gefühl*) e o que é a vivência objetiva (*Empfindung*), assim como expulsar de si afetos desagradáveis.

Esse movimento de expulsão consiste na primeira operação projetiva, a “projeção primitiva”. Devido a permanente pressão do mundo externo, essa operação não é o suficiente, então a criança é impelida a reabsorver parte deste mundo e imprimir nele seus interesses, constituindo assim a primeira introjeção, a “introjeção primitiva”. Segundo Pierre Sabourin (1988), nesse momento essa primeira introjeção passa a instituir a distinção ego/não ego pela alternância entre autoerotismo e saciedade. Pois, quando uma parte das sensações de prazer ou desprazer, inicialmente autoeróticas, se desloca para os objetos que provocaram tais sensações, a criança vive o primeiro amor e o primeiro ódio. Por exemplo: no início a criança gosta apenas da saciedade proporcionada pela mãe com a amamentação. Depois ela passa a gostar da mãe que lhe dá esta satisfação. Segundo Ferenczi todo amor objetal ou transferência é, portanto, um processo introjetivo, uma extensão do ego, e o primeiro amor objetal e o primeiro ódio objetal seriam o modelo de qualquer transferência posterior. A introjeção é entendida, então, como um processo que está no cerne da constituição do ego, que organiza a psique e que forma as bases para a constituição de uma futura subjetividade. Vermorel e Vermorel (1998) sublinham que a descrição que Ferenczi faz dos mecanismos de introjeção e projeção nos primórdios da constituição subjetiva do bebê, “prefigura os desenvolvimentos sobre a identificação projetiva (Melanie Klein), onde há uma face introjetiva e uma outra projetiva, e também as versões dadas por Bion e Racamier” (VERMOREL, M;

VERMOREL H, 1998, p. 78). E é, sobretudo, esse acento colocado sobre os mecanismos precoces de identificação que, para os autores, leva Ferenczi a considerar não apenas as representações, mas também o retorno das emoções. Trata-se então de poder ver as sensações ou as percepções corporais como reedições transferenciais de afetos ligados aos pais, como, por exemplo, de amor ou de temor na primeira infância.

Landa (1998) destaca que nessa concepção da constituição subjetiva, o conceito de projeção passa de um estatuto de simples mecanismo de defesa para o estatuto de modelo fundador de um funcionamento. O autor enfatiza que é preciso marcar, contudo, que esse evento primeiro não é considerado “originário”, mas “primitivo”¹⁶. Pois, “se o conceito de projeção fosse considerado originário, poder-se-ia facilmente ser levado a pensar em uma causalidade. Primitivo supõe que há uma iteratividade, o que muda completamente a perspectiva” (LANDA, 1998, p. 32). Não se trata, portanto, de encontrar algo que tenha ocorrido em um determinado momento, mas de constatar o começo de um funcionamento que está lá, sempre presente no tratamento analítico e, de maneira específica, enquanto um dos componentes da fenomenalidade da transferência. É, pois, sobre o modelo da transferência que Ferenczi afirma que a criança, após ter descoberto o “método” da projeção, poderá se desfazer, de maneira paranoica, dos afetos desagradáveis. Para isso, ela irá repetir o método da objetivação de uma parte de sua sensorialidade, ela expulsará uma parte do ego para o mundo exterior. Neste momento do artigo, vemos que a projeção e a introjeção deixam de ser abordadas unicamente como mecanismos oriundos da paranoia e da neurose, e também adquirem a dimensão de um modelo de funcionamento a partir de uma concepção ontogenética.

Em 1912, Ferenczi escreve “O conceito de introjeção” (1912) com intuito de delimitar e melhor precisar este conceito¹⁷, assim como esclarecer certas confusões que haviam ficado no artigo de 1909. De maneira sucinta, iremos sublinhar algumas precisões e avanços em relação ao primeiro trabalho. No quadro do artigo que examinamos anteriormente, a introjeção é apresentada como

¹⁶ Assim como há o primeiro amor, o primeiro ódio, a projeção está referida a um sentido primitivo. Ilse Barande (1996), por exemplo, se utiliza do prefixo alemão “Ur” cujo significado é “primordial” em Ur-transferência, Ur-projeção, Ur-amor (p. 54), justamente para destacar essa diferença.

¹⁷ O artigo é escrito no quadro de uma discussão a propósito do termo “introjeção” em relação ao termo “exteriorização” proposto por Maeder.

o mecanismo fundamental da neurose, através do qual o neurótico busca “diluir” os afetos livremente flutuantes. O neurótico atrai tudo o que pode para sua esfera de interesses, com o objetivo de “diluição”. Para Landa (1998) a diferença central consiste na independência do conceito de introjeção face ao da projeção, em relação à qual ela foi definida. Nas palavras do autor:

em 1909, ele considerava a introjeção um caso particular de deslocamento, em 1912 ele inverte as coisas: o deslocamento é apenas um caso particular do mecanismo de introjeção. O argumento é sempre econômico, isto é, trata-se de conter os afetos livremente flutuantes. Observa-se assim que a introjeção e a projeção são confirmadas como os mecanismos fundamentais da neurose e da paranoia. Porém, em seu artigo de 1913, “O desenvolvimento do sentido de realidade e seus estágios”, se vislumbra já a importância que será conferida ao mecanismo da introjeção, considerado o mecanismo mais arcaico do homem. (LANDA, 1998, p. 37)

Esta investigação a respeito da constituição do ego a partir do processo de diferenciação entre eu e não-eu, coloca a questão sobre como se desenvolve o sentido de realidade no sujeito, assim como enuncia a importância das relações mais primitivas do bebê com a mãe/ambiente. Esta questão será trabalhada no ano seguinte, 1913, em “O desenvolvimento do sentido de realidade e seus estágios” (1913b), artigo que segundo Oliveira (2011) apresenta as teses que irão percorrer toda a extensão da obra de Ferenczi, pois serão retomadas em “O desenvolvimento do sentido de realidade erótica e seus estágios” (1924b), em “O problema da afirmação do desprazer (progressos no conhecimento do sentido de realidade)” (1926) e, por fim, em “Masculino e feminino: considerações psicanalíticas sobre a teoria genital e sobre as diferenças sexuais secundárias e terciárias” (1929).

No artigo de 1913, Ferenczi descreve as etapas na aquisição de sentido como sendo processos graduais que supõem uma dinâmica complexa entre introjeções, projeções, períodos de onipotência, imposições do mundo externo e frustrações. Outro aspecto importante é que ao longo destes períodos a criança vê o mundo a partir da sua corporeidade. Isto é, no começo da vida a criança só se interessa pelo seu corpo e pelos afetos que podem lhe proporcionar sensações mais ou menos prazerosas. Com o seu desenvolvimento, ela passa a se dar conta de que seu corpo é um veículo de comunicação, pois figura nele a diversidade do mundo externo. Aqui, cabe assinalar a dimensão sensorial desse processo, pois não

se trata da introjeção de objetos e sim de movimentos de captura das sensações de prazer/desprazer percebidas nos contatos com o mundo que a cerca.

Ferenczi descreve quatro etapas na aquisição de sentido pelas quais a criança passa. O primeiro período, da onipotência incondicional, se dá na vida intrauterina. Momento no qual o feto não precisa realizar nenhum esforço para modificar o mundo exterior, ou seja, sua satisfação pulsional é constante, portanto “nada tem a desejar, é desprovido de necessidades” (FERENCZI, 1913b/2011, p. 49). Ferenczi, nesse ponto, formula a hipótese de que o feto já possuiria uma vida psíquica inconsciente, onde os traços dos processos psíquicos intrauterinos não deixariam “de exercer influência sobre a configuração do material psíquico que se manifesta após o nascimento. O comportamento da criança imediatamente após o nascimento fala a favor de tal continuidade dos processos psíquicos” (FERENCZI, 1913b/2011, p. 49). Cabe lembrar que esse estado no qual se encontra o feto será para Ferenczi o modelo que atrairá o ser humano ao longo de todo o seu desenvolvimento. No capítulo sobre “O desenvolvimento do sentido de realidade erótica e seus estágios” (1924b) de seu livro *Thalassa, ensaio sobre a teoria da genitalidade*, essa força de atração receberá o nome de “pulsão de regressão maternal”¹⁸.

O recém-nascido, uma vez tendo passado de um ambiente aquático para o terrestre, se encontra repentinamente obrigado a toda uma série de esforços, como, por exemplo, respirar. Logo, seu primeiro movimento será o de tentar reencontrar o estado anterior. Ele demandará uma série de cuidados que lhe proporcionarão a satisfação de ter retornado ao estado perdido. Porém, nesse momento não há uma distinção por parte do bebê de que a satisfação é fruto do investimento de outrem. Assim, a criança é levada a “sentir-se na posse de uma força mágica capaz de concretizar todos os seus desejos mediante a simples representação de sua satisfação” (FERENCZI, 1913b/2011, p. 50). Há aqui, portanto, um reinvestimento alucinatório por parte do recém-nascido que se encontra, então, na etapa da onipotência alucinatória. Para Ferenczi, essa etapa estaria ligada ao sono, ao sonho e a realização alucinatória dos desejos na psicose.

¹⁸ *Thalassa, ensaio sobre a teoria da genitalidade* (1924), apesar de ter sido publicado em 1924, foi escrito no final de 1913. Logo, podemos ler as teses apresentadas em “O desenvolvimento do sentido de realidade erótica e seus estágios” como constituinte de um conjunto com o artigo “O desenvolvimento do sentido de realidade e seus estágios” (1913b).

Em seguida, há o período da onipotência com ajuda de gestos mágicos, momento no qual a criança já tem que produzir sinais, ou seja, realizar um trabalho motor para que seus desejos sejam reconhecidos, pois o mundo exterior não pode adivinhar todas as suas necessidades. Ferenczi assinala que os desejos do bebê assumem formas cada vez mais complexas e específicas à medida que o infante se desenvolve, exigindo assim a realização de sinais para que seja satisfeito. O primeiro gesto destacado por Ferenczi é o da imitação com a boca dos movimentos de sucção, quando há o desejo de ser alimentado. Outro gesto, um pouco mais complexo, é o de estender a mão para os objetos cobiçados. Nesta etapa já está em questão a capacidade de simbolização da criança através de gestos, o que resulta em “uma verdadeira linguagem gestual: por uma combinação apropriada de gestos, torna-se capaz de exprimir necessidades muito específicas, as quais na grande maioria das vezes, serão efetivamente satisfeitas” (FERENCZI, 1913b/2011, p. 52). A sensação de onipotência descrita nesse período resulta, justamente, dessa relação que se estabelece entre o bebê que exprime o seu desejo mediante gestos e do ambiente que irá satisfazê-lo de forma correspondente. Esse período, assim como o anterior, também possui um equivalente patológico. Ferenczi considera que a patologia decorrente de uma regressão a essa etapa seria a histeria de conversão, uma vez que “as crises históricas representam, com a ajuda de gestos, a realização de desejos recalçados” (FERENCZI, 1913b/2011, p. 53). Ferenczi também descreve que na vida psíquica do indivíduo normal existem resíduos pertencentes a esse período, como por exemplo, os inúmeros gestos supersticiosos que são pretensamente eficientes: gestos de maldição, de bênção, juntar as mãos para a prece, etc.

No período dos pensamentos e palavras mágicas, o simbolismo gestual é substituído pelo simbolismo verbal, uma vez que os desejos se tornam mais complexos e a sua satisfação não é encontrada após o gesto realizado. Nesse período, “a mão estendida é, com frequência, recolhida vazia, o objeto cobiçado não acompanha o gesto mágico”. (FERENCZI, 1913b/2011, p. 53). Há, nesse momento, a introdução de uma dolorosa discordância no seio da vivência de onipotência até então estabelecida, aquela que produzia a sensação de unidade após os gestos serem acompanhados pela satisfação. O infante é agora obrigado a “distinguir do seu ego, como constituindo o mundo externo, certas coisas malignas que resistem à sua vontade, ou seja, a separar os conteúdos psíquicos

subjetivos (sentimentos) dos conteúdos objetivos (impressões sensoriais).” (FERENCZI, 1913b/2011, p. 53). Utilizando-se da terminologia apresentada no artigo de 1909, “Transferência e introjeção” (1909), Ferenczi designa os estágios de onipotência como fases de introjeção e o estágio de realidade como fase de projeção do desenvolvimento do ego. Entretanto, o autor nos alerta que a objetivação do mundo externo não desfaz subitamente todos os vínculos entre o eu e o não eu. A criança, certamente, aprende a contentar-se com apenas uma parcela do mundo, o “ego”, na medida em que o restante, o mundo externo, resiste aos seus desejos. Não obstante, criança continua investindo no mundo externo com as qualidades que descobre em si mesma, ou seja, qualidades do ego. Estabelece-se, nesse momento, o período animista, no qual tudo o que se apresenta para a criança está animado, e ela encontra, por todos os lados, correspondências entre os seus órgãos e o funcionamento do mundo externo. Como sublinha Ferenczi: “assim se estabelecem essas relações profundas, persistentes a vida inteira, entre o corpo humano e o mundo dos objetos, a que chamamos *relações simbólicas*” (FERENCZI, 1913b/2011, p 54, grifo do autor). Oliveira (2011) explicita que nessa passagem, Ferenczi apresenta uma correlação na qual o mundo se torna representação do corpo humano e, inversamente, o corpo figura o mundo. A figuração simbólica se apresenta nessa etapa como um aperfeiçoamento da linguagem gestual, e como tal, permite a criança significar os desejos que concernem diretamente ao seu corpo e também exprimir os desejos que implicam na modificação do mundo exterior, agora, reconhecido como tal. A patologia que remete a esse período é apontada por Ferenczi como sendo a neurose obsessiva, pois os neuróticos obsessivos são “incapazes de se desfazerem do sentimento de onipotência de seus pensamentos ou de suas fórmulas verbais e que, como Freud nos mostrou, colocam o pensamento no lugar da ação.” (FERENCZI, 1913b/2011, p. 56).

Ao longo destes períodos, reina o princípio do prazer, mas, em cada etapa se dá um passo no sentido da discriminação entre eu e não-eu. Essa interação faz parte do processo de introdução do sentido de realidade, do desenvolvimento das relações objetais e do narcisismo secundário. O movimento consiste em uma perda gradual da predominância do princípio do prazer, na medida em que o princípio de realidade vai sendo introjetado e o peso das circunstâncias vai ganhando reconhecimento. A onipotência atingirá, então, o seu nível mais baixo

até se dissolver em meras “condições”, podendo também se apresentar, ao longo da vida do sujeito, como características de otimismo ou determinação.

Esse processo é gradual e supõe uma dinâmica complexa entre introjeções, projeções, períodos de onipotência, imposições do mundo externo e frustrações que fazem parte do desenvolvimento do ego. Em suma, a introjeção está presente na aquisição do sentido de realidade, uma vez que as relações objetais se dão a partir dos primeiros modelos introjetivos. O sentido de realidade, por sua vez, se presentifica quando a criança percebe que os seus desejos não se realizam imediatamente, porque há resistência no mundo. Este processo se apresenta “como uma série sucessiva de impulsos de recalçamento, ao qual o ser humano é forçado pela necessidade, pela frustração e adaptação, e não por ‘tendências para a evolução’ espontânea” (FERENCZI, 1913b/2011, p. 59).

Após essa breve discussão, podemos dizer, seguindo as palavras de Oliveira (2011) que o essencial para a psicanálise é a recuperação que Ferenczi promove da correlação existente entre o corpo humano e o mundo dos objetos, “correlações onde se situam as raízes das relações simbólicas.” (OLIVEIRA, 2011, p. 69). Outro ponto importante que podemos destacar da exposição detalhada dessas fases primitivas, pré-edípicas, do desenvolvimento infantil é o olhar que Ferenczi lança sobre o meio que circunda a criança, principalmente, no que tange à dinâmica entre o desenvolvimento psíquico do infante e os momentos de ausência e presença do mundo externo, em conjunto com as necessidades cada vez mais específicas do bebê. De acordo com Pinheiro (1995),

para Ferenczi, tudo o que é externo ao aparelho psíquico, tudo o que vem perturbar a ordem e o ritmo deste, ganha relevo. Faz assim contraponto a Freud que, na construção da metapsicologia, dá ênfase ao que o próprio aparato psíquico é capaz de produzir. Ferenczi parece ver no externo ao aparato psíquico o fator determinante para toda mudança possível. Em suma, em lugar dos fatores endógenos, seriam sobretudo os fatores externos ao sujeito os grandes perturbadores do aparelho psíquico. Não existe aí nenhum radicalismo, como se poderia pensar, pois ele não põe em dúvida a importância dos fatores endógenos, embora sempre ressalte os fatores externos ao mundo intrapsíquico. (PINHEIRO, 1995, p. 35)

Essa ênfase que Ferenczi dá aos fatores externos, exógenos, que dizem respeito ao ambiente, ao aspecto relacional, é também destacada por outros autores como

sendo um contraponto às concepções freudianas cujo acento recai sobre o aspecto constitucional, pulsional e representacional. (BARANDE, 1996; AVELLO, 2006).

Como vimos, Ferenczi, desde os primeiros trabalhos, confere importância aos aspectos sensoriais, ao corpo e as relações entre este e o meio/ambiente. Nesta perspectiva, o psicanalista húngaro produzirá nos anos subsequentes, uma série de artigos que abordarão os aspectos não-verbais que se apresentam no processo de análise, aspectos que para Freud e seus contemporâneos pouco ou nada chamavam à atenção. Michel Balint¹⁹, na introdução ao quarto volume das obras completas de Ferenczi, destaca que este problematizava aquilo que para todo analista é familiar, e por isso deixa de suscitar perplexidade, como, por exemplo, o ritmo respiratório, o tom de voz, a sonolência ou a tontura. Ele busca uma interpretação desses pequenos acontecimentos, desses signos, vinculando-os a conflitos inconscientes mobilizados na e pela transferência. Podemos acompanhar algo desta ordem nas suas investigações sobre fenômenos tais como os “sintomas” transitórios que se produzem na análise (1912), a “posição” do analisante (“Um sintoma transitório: a posição do doente durante o tratamento” [1913a]), a “vertigem” (“Sensação de vertigem no fim da sessão analítica” [1914a]) e a “sonolência” (“Quando o paciente adormece durante a sessão de análise” [1914b]).

Segundo Birman (1996), esse conjunto de artigos de Ferenczi legitima a redescoberta de sua obra na modernidade, pois “quando os ouvidos dos analistas se mostram saturados pelas formas tradicionais de escuta é em Ferenczi também que eles [os analistas] encontram perspectivas novas para a psicanálise.” (BIRMAN, 1996, p. 16). Outro ponto destacado por Birman (1996) é a indagação constante de Ferenczi sobre

as condições de possibilidade da psicanálise com qualquer analisante com quem se deparava no aqui e agora do espaço analítico, se perguntando sobre as suas possibilidades de existência diante de cada estrutura psíquica e sobre os instrumentos que podiam ser utilizados para que se realizasse o processo analítico. (BIRMAN, 1996, p. 14).

¹⁹ Essa introdução, que se encontra disponível na tradução brasileira dessa coleção (Martins Fontes, São Paulo, 2011), constitui a terceira parte de um artigo redigido por Michel Balint em 1967 para uma obra coletiva intitulada *Psychoanalytic Techniques*, Basic Books.

Tal indagação coloca a questão da própria possibilidade de existência da psicanálise. Sobre esse ponto, Roussillon (1998) sublinha que a obra de Ferenczi traça um percurso de interrogações que colocam em processo o enquadre e o método; um percurso marcado pelo questionamento dos limites, e que nos coloca a seguinte pergunta: “seríamos analistas sem fazer isso? Sem questionar os limites?” (ROUSSILLON, 1998, p. 100).

Ferenczi, sempre atento às exigências éticas e à correlata fundamentação teórica do enquadre clássico, questionará os seus limites e suas impossibilidades frente aos impasses que encontrava em sua clínica. Aqui, cabe destacarmos que Ferenczi atendia psicanaliticamente os casos clínicos que eram recusados por seus colegas, os pacientes catalogados como não analisáveis e situados nos limites do analisável. Trata-se, então, de uma clínica composta por psicoses, estados limites, estruturas psicossomáticas e neuroses narcísicas. Considerado o analista dos casos difíceis, Ferenczi desvenda novos horizontes para a clínica psicanalítica cujos continentes desconhecidos exigem a invenção de novos instrumentos técnicos. Dito de outra maneira, uma vez que esses pacientes apresentam configurações psíquicas e emocionais às quais a técnica clássica se mostra ineficaz, Ferenczi experimenta novas abordagens técnicas. Judith Dupont, no prefácio da correspondência Ferenczi-Groddeck, nos apresenta o mesmo ponto de vista sobre o autor, quando explicita que:

Ferenczi procurava compreender cada vez mais e melhor; nunca deixou de insistir no fato de não serem as doenças que deviam ser selecionadas em função da sua analisabilidade com a técnica analítica existente, mas sim que era essa técnica que devia ser modificada, adaptada, desenvolvida em função das necessidades dos doentes. (DUPONT, 1982, p. 26)

Da mesma maneira, para Roussillon (1998), uma das mais importantes características de Ferenczi é a sua recusa em pensar que existam limites analisáveis, de que o problema que se apresenta deve ser tratado a partir dos termos de indicação para análise, e “simultaneamente sua recusa de uma busca pela ligação a partir de uma perlaboração secundária, de uma análise ‘por cima’²⁰”

²⁰ Segundo Sabourin (1988), essa metáfora da análise “por cima”, que parte da superfície das associações, em contraponto a uma análise “por baixo” (*von unten*) – objetivo da técnica ativa – designa a abordagem do inconsciente por diferentes níveis de profundidade.

(ROUSSILLON, 1998, p. 103). Assim, caminharemos para a próxima seção, onde discutiremos a primeira inovação técnica de Ferenczi, a técnica ativa.

3.2

Uma radicalização da técnica clássica

Como abordado no capítulo anterior, Freud se dedica a mostrar, no início do capítulo III de “Além do princípio do prazer” (1920), que as resistências se apresentam de maneira mais tenaz do que até então se pensava, conforme se observa, por exemplo, nos fenômenos da transferência negativa e da compulsão à repetição. Logo, a atitude do analista descrita enquanto uma combinação de neutralidade e atenção flutuante (posturas destinadas a colocá-lo em uma posição mais favorável para a escuta do inconsciente), assim como a interpretação, foram se mostrando ineficazes frente a algumas resistências.

Podemos notar, portanto, que nesse momento uma das questões centrais para Freud será a resistência. Esta será abordada em “Além do princípio do prazer” (1920), em “O ego e o id” (1923), em “O problema econômico do masoquismo” (1924) e em “Inibição, sintoma e angústia” (1926). No “Apêndice A” deste último artigo, encontramos de forma mais detalhada as cinco configurações da resistência, a saber: a compulsão à repetição (resistência do id), o masoquismo moral (resistência do superego) e três modalidades ligadas ao ego – a resistência pelo recalque, pela transferência e pelo benefício secundário da neurose. Para Mezan (2014), apesar de Freud não explicitar, podemos deduzir de suas ponderações que a fonte fundamental de todos os tipos de resistência é o narcisismo, pois este é a oposição radical ao investimento no outro, e, portanto, também ao investimento da figura do analista e da relação com ele.

Roussillon (1998) afirma que os analistas dos anos 20 encontraram na clínica certas formas de narcisismo que engendraram limites e impossibilidades à técnica psicanalítica então estabelecida. E que é em Ferenczi que encontraremos um conjunto de questões técnicas que ainda hoje nos ajuda a pensar clinicamente, uma vez que em Freud a produção de escritos técnicos diminuiu nessa época. Da mesma maneira, Mezan (2014) destaca Ferenczi como o discípulo mais sensível às peculiaridades da situação analítica. Segundo o autor, como a situação analítica é constituída por duas pessoas em posições assimétricas, pode-se dar ênfase ora ao

aspecto “assimetria”, ora ao aspecto “par”. Freud certamente optou pela primeira possibilidade, sendo a regra da abstinência a expressão mais explícita deste viés. Em Freud também podemos constatar que “quase toda a constelação dinâmica da análise depende de movimentos cujo foco é o paciente – em especial a transferência e a resistência” (MEZAN, 2014, p. 288). Ferenczi, de maneira diferente, acentuará a participação do analista na organização do processo terapêutico, interessando-se pela “metapsicologia dos processos psíquicos do analista”²¹ e pelos efeitos clínicos de sua atitude frente a determinados tipos de paciente.

No V Congresso Psicanalítico Internacional realizado em Budapeste em 1918, que recebeu o título “Linhas de progresso na terapia psicanalítica” (na edição *standard* brasileira), Ferenczi começa a esboçar questões relativas aos limites e as impossibilidades da técnica psicanalítica. No artigo apresentado, “A técnica psicanalítica” (1918), Ferenczi faz uma avaliação crítica de uma década de experiência clínica na psicanálise, e aborda questões importantes como, por exemplo, o “abuso” por parte do analisando da regra da associação-livre e a ênfase que coloca sobre o domínio da contratransferência pelo analista para o encaminhamento da análise. Mesmo sem ter utilizado o nome técnica ativa, o autor nos dá indícios de sua elaboração quando discute os pontos cegos da relação médico/paciente. Podemos sublinhar, por exemplo, o caso onde Ferenczi responde às perguntas feitas pelo paciente com uma outra pergunta. Ele contraindica a resposta à pergunta, com o intuito de neutralizar a moção que incitou o paciente a formulá-la. O mesmo deve ocorrer quando o paciente solicita ao médico que escolha algo por ele. Segundo o autor, o analista não deve interferir nas decisões do paciente, a não ser em duas situações específicas:

em primeiro lugar, quando adquire a convicção de que os interesses vitais dele exigem efetivamente uma decisão imediata e que este ainda é incapaz de tomar sozinho. (...) Em segundo lugar, o médico pode e deve, se o caso se apresenta, praticar a ‘terapia ativa’, induzindo o paciente a superar sua capacidade quase fóbica para tomar uma decisão qualquer. Ele espera assim, graças às modificações dos investimentos afetivos que daí resultam, ter acesso ao material inconsciente, até então inacessível. (FERENCZI, 1918/2011, p. 414).

²¹ Esse termo é apresentado no artigo “Elasticidade da técnica psicanalítica”, em 1928, e será mais bem trabalhado no penúltimo capítulo dessa dissertação.

Para contextualizarmos o trabalho de Ferenczi apresentado nesse congresso, devemos situá-lo no solo psicanalítico daquele momento. Freud foi quem trouxe, pela primeira vez, a temática da atividade do analista frente a uma modalidade de resistência apresentada pelo paciente. No caso do Homem dos Lobos cuja publicação veio à luz nesse mesmo ano de 1918 (FREUD, 1918[1914]). A medida ativa narrada por Freud foi a determinação de uma data para a conclusão do tratamento com o intuito de superar as resistências desse paciente. Dessa maneira,

(...) num período desproporcionalmente curto, a análise produziu todo o material que tornou possível esclarecer as suas inibições e eliminar os seus sintomas (...) o paciente dava a impressão de uma lucidez que habitualmente só obtida através da hipnose. (FREUD, 1918/1976, p. 24).

Entretanto, apesar da referência a uma medida ativa por parte do analista, Freud não se preocupa em formalizar uma técnica. Ferenczi, na esteira das investigações freudianas, empregará no ano seguinte, 1919, o termo técnica ativa. Esta aparecerá no artigo “Dificuldades técnicas de uma análise de histeria” (1919), onde ele explora a problemática da estagnação do processo analítico, discute as consequências que isto impõe e apresenta novas formas de intervenção de que pode se valer o analista para relançar o processo psicanalítico.

Nesse trabalho, Ferenczi apresenta o caso de uma paciente que possuía o hábito de cruzar as pernas durante as sessões, apertando as coxas, uma contra a outra. Ele observa que esse gesto poderia ser uma forma de masturbação velada, que permitia descarregar de forma escamoteada as moções inconscientes e só deixar passar fragmentos inutilizáveis no material associativo. Ele então a impede de continuar esta prática. A partir dessa imposição, emergiram fragmentos de lembranças que indicavam as circunstâncias traumáticas mais importantes de sua doença. Assim, ao barrar todos os caminhos de escoamento anormais, a sexualidade encontrou o caminho da zona genital que havia sido recalçada. Ferenczi alerta que este tipo de intervenção não tem o objetivo de uma interdição geral da autossatisfação; trata-se apenas de uma medida provisória, para favorecer a continuidade do tratamento, a retomada da associação livre e da rememoração. A técnica ativa visa, acima de tudo, aumentar o estado de frustração no intuito de

abrir caminho para o material recalado a partir de uma intervenção ativa do analista sobre certas manifestações corporais e psíquicas do paciente.

É preciso lembrar que Ferenczi cria a técnica ativa com o objetivo de fazer valer ainda mais a ideia cunhada por Freud de que o aumento da frustração durante a análise faz emergir o material recalado. Logo, “é ao próprio Freud que ficamos devendo o protótipo dessa técnica ativa” (FERENCZI, 1919/2011, p. 7). Ferenczi encontra-se, portanto, apoiado na concepção de que “se os sintomas são gerados e mantidos pela libido recalada, se eles são a vida sexual do paciente” (MEZAN, 2014, p. 291), como diz Freud, nada mais natural que procurar “desvincular a libido das suas formas cristalizadas de satisfação, e ‘convoca-la’ para as finalidades do tratamento” (MEZAN, 2014, p. 291).

Retomando a questão da abstinência e da frustração em Freud, vemos em “Observações sobre o amor de transferência” (1915a [1914]) que:

a técnica analítica exige do médico que ele negue à paciente que anseia por amor a satisfação que ela exige. O tratamento deve ser levado a cabo na abstinência [...] fixarei como princípio fundamental que se deve permitir que a necessidade e o anseio da paciente nela persistam, a fim de poderem servir de forças que a incitem a trabalhar e efetuar mudanças, e que devemos cuidar de apaziguar estas forças por meio de substitutos (*Surrogate*). (FREUD, 1915a [1914] /2006, p. 182).

E em 1919, em “Linhas de progresso a terapia psicanalítica”, ele complementa sua tese da seguinte maneira:

foi uma *frustração* (*Versagung*) que tornou o paciente doente, e que seus sintomas servem-lhe de satisfações substitutivas. É possível observar, durante o tratamento, que cada melhora em sua condição reduz o grau em que se recupera e diminui a força instintual que o impele para a recuperação. Mas essa força instintual é indispensável à redução da saúde do paciente. Qual, então, é a conclusão que nos impõe inevitavelmente? Cruel como possa parecer, devemos cuidar para que o sofrimento do paciente, em um grau de um modo ou de outro efetivo, não acabe prematuramente. Se, devido ao fato de que os sintomas foram afastados e perderam o seu valor, seu sofrimento se atenua, devemos restabelecê-lo alhures, sob a forma de alguma privação apreciável; de outro modo, corremos perigo de jamais conseguir senão melhoras insignificantes e transitórias. (FREUD, 1919 [1918] /1976, p. 205, grifo do autor).

Baseado nas postulações de Freud sobre o princípio essencial da análise, a técnica ativa pressupõe uma maior atividade do analista no sentido de aumentar a frustração. Dessa maneira, a questão que se coloca é: se o paciente não associa mais, ou seja, não traz mais material novo que possa ser conduzido às recordações patógenas, a libido então deve se encontrar fixada a certos elementos psíquicos, dos quais é preciso resgatá-la. Caso a interpretação tradicional se mostre ineficaz à promoção desse resgate, cabe ao analista tomar medidas ativas.

Assim, podemos dizer que a técnica ativa surge partir das dificuldades encontradas durante as análises, como por exemplo, com pacientes que se retiram mentalmente de seus sintomas, mesmo quando estes são visíveis. Esses pacientes se apresentam, em parte, ausentes de si mesmos, como se não possuíssem uma auto-representação de seus sintomas. As formações sintomáticas se mostram, então, “cortadas de cadeias associativas verbais, clivadas, como se os analisantes não vissem a si mesmos e não conseguissem ver o que endereçam para o olhar do outro”²² (ROUSSILLON, 1998, p. 102). Bokanowski (1996) sublinha que o essencial para Ferenczi era chamar de volta para a transferência certos traços de caráter e processos mentais que, ao invés de avançar no tratamento, permaneciam “splited off” e encristados. A intervenção do analista se efetiva através de certas injunções (*Gebote*) e proibições (*Verbote*) que visam à produção de um aumento do estado de abstinência e de frustração. Ao proceder desta maneira, Ferenczi supunha que se teria acesso a determinados materiais recalçados, impossíveis de serem alcançados no âmbito da neutralidade mais ortodoxa. De maneira distinta ao método catártico, “no qual a suspensão da repressão fazia a memória emergir e estimulava/impulsionava um afeto, a técnica ativa facilitava o retorno do recalçado ao induzir, em um só tempo, a ação e o advento do afeto correspondente.” (BOKANOWSKI, 1996, p. 128).

O principal objetivo dessa técnica não é substituir o modelo clássico de associação livre, atenção flutuante e interpretação, e sim, superar determinadas resistências que dificultam o prosseguimento do trabalho analítico. A técnica ativa busca apenas alcançar o material psíquico inconsciente mais rapidamente. Desta forma, as injunções e proibições têm o intuito de produzir um aumento de tensão no paciente, impedindo que ele realize ações sintomáticas originadas em vivências

²² Ilse Barande (1996) acentua o interesse dos trabalhos de Ferenczi a respeito dos fenômenos de “materialização”, tais como tiques e processos de autossimbolização.

infantis. Tais procedimentos incidem sobre a fala, o corpo e alguns gestos do paciente, ou seja, o analista proíbe ou incentiva certos comportamentos sintomáticos. Para Mezan (2014), a descoberta de Ferenczi consiste em ter notado que entre os elementos que bloqueiam o livre trânsito entre as associações, certas formas do autoerotismo são as mais nefastas. Em termos econômicos, a atividade do analista incide nas partes do corpo onde a libido encontra-se encastelada, nestas formas “larvares” de masturbação. Por isso, as representações e fantasias que as acompanham não podem adentrar no processo de análise, e, por fim, acabam por estagnar o trabalho analítico. Ao proibir tais satisfações, o analista colocaria a libido mais uma vez em circulação, e esta energia poderia então ser utilizada na transferência e na recuperação das lembranças patógenas. Ao acentuar a frustração, barram-se as vias inconscientes de escoamento à excitação psíquica, proporcionando, por fim, a repetição de eventos traumáticos anteriores que tinham sua raiz inconsciente. Essa técnica, portanto, forçava a descarga da tensão e o aparecimento do material recalado, impedindo que o paciente convertesse seus sintomas para o corpo, no caso de uma histeria de conversão, ou os transformasse em atos obsessivos, no caso de uma neurose obsessiva. Para o Ferenczi de 1919-20:

o essencial é favorecer a livre associação e todos os afetos concomitantes, já que são eles (e ela) que conduzem ao recalado. É certo que enfatiza o papel da experiência presente, e lhe atribui a maior parte do eventual êxito terapêutico, mas seu objetivo continua sendo atingir as recordações cuja conscientização e análise podem desfazer os sintomas. (MEZAN, 2014, p. 298)

Em 1921, com o trabalho “Prolongamentos da técnica ativa em Psicanálise” (1921), Ferenczi volta a apresentar as teses centrais da nova técnica, narra alguns casos onde obteve êxito e, por fim, faz algumas ressalvas quanto ao seu uso e ao seu objetivo. Quanto à finalidade de suas propostas, o autor sublinha que a técnica ativa coloca “os pacientes em condições de melhor obedecer à regra de associação livre com a ajuda de certos artifícios e chega-se assim a provocar ou acelerar a investigação do material psíquico inconsciente.” (FERENCZI, 1921/2011, p. 117). Segundo Sabourin (1988), essa posição técnica se encontra totalmente indicada face às dificuldades mais graves que se apresentavam à

psicanálise dessa época, como por exemplo, as síndromes caracteriais, eivadas ou não de sintomas. Sobre as neuroses de caráter, Ferenczi escreve:

os traços de caráter diferem dos sintomas neuróticos, entre outras coisas, pelo fato de esses indivíduos, à semelhança dos psicóticos, não terem geralmente ‘consciência de sua doença’; esses traços de caráter são, de certo modo, psicoses privadas, suportadas, até admitidas por um ego narcísico, em todo caso, anomalias do ego, e é precisamente o ego que opõe a maior resistência a essa mudança. O narcisismo pode, como Freud nos ensinou, limitar a influencia da análise sobre o paciente, em especial porque o caráter se apresenta em geral como uma muralha que barra o acesso às lembranças infantis. (FERENCZI, 1921/2011, p. 132)

Frente a essa muralha, Ferenczi argumenta que será difícil alcançar o que Freud chamou de “temperatura de ebulição do amor de transferência” (FERENCZI, 1921/2011, p. 132), que derreteria até os traços mais coriáceos. O recurso que se pode utilizar, então, é o do método ativo, dando ao paciente tarefas desagradáveis, no intuito de exacerbar e conduzir ao absurdo seus traços de caráter. Nesse sentido, ele conclui que “a técnica ativa apenas desempenha o papel de agente provocador cujas injunções e proibições favorecem repetições que cumpre em seguida interpretar ou reconstituir nas lembranças”. (FERENCZI, 1921/2011, p. 135).

Ainda no artigo de 1921, Ferenczi se preocupa em sublinhar que a atividade proposta pela técnica não deve ser tomada enquanto um fim em si mesma, mas como um meio de investigação aprofundada. Trata-se, portanto, de estimular o que está inibido no paciente e de inibir o que não está, apenas para “provocar uma nova distribuição da energia psíquica do paciente (em primeiro lugar, de sua energia libidinal), suscetível de favorecer a emergência do material recalado” (FERENCZI, 1921/2011, p. 132). A marca da diferença entre essa atividade e o procedimento então habitual é a percepção de que a interpretação da resistência, praticada de forma exclusiva, é ineficaz; constatação que exige do analista um ato que possa incidir sobre o registro da compulsão à repetição (BIRMAN, 1988). Nesse sentido, Ferenczi conclui que “a técnica ativa não tem outra finalidade senão revelar, pela ação, certas tendências ainda latentes para a repetição e ajudar assim a terapêutica a obter esse triunfo um pouco mais depressa do que antes” (FERENCZI, 1921/2011, p. 135). Em relação à sua generalização

enquanto técnica, Ferenczi alerta para o fato de que esse tipo de artifício técnico é nocivo no começo da análise, pois ainda não há solidez na transferência. No início, o analista deve permanecer o mais passivo e reservado possível para que não perturbe as tentativas espontâneas de transferência, visto que o paciente já possui dificuldades para se adaptar a regra fundamental.

Outra revisão a propósito da técnica ativa é exposta em “Perspectivas da Psicanálise” (1924a), onde Ferenczi e Rank criticam, por exemplo, a fixação de um prazo para o fim do tratamento. Ambos argumentam que essa atividade do analista é ineficaz, pois não é possível, em absoluto, prever o quanto durará um tratamento analítico, e, em segundo lugar, porque oferece de antemão uma arma para a resistência do paciente. Contudo, a crítica central desse trabalho não é, exclusivamente, a técnica ativa, mas a técnica psicanalítica entendida e aplicada até aquele momento, sobretudo, os seus efeitos terapêuticos e iatrogênicos. Os autores partem dos trabalhos “Recordar, repetir e elaborar” (1914a) e “Além do princípio do prazer” (1920), para discutir a questão da compulsão à repetição e das emoções e representações ligadas à transferência, estas compreendidas como *experiência vivida (Erlebnis)*.

Antes de adentrarmos às teses do artigo, cabe situarmos, de maneira mais detalhada, a problemática colocada por Freud a partir de 1920 com “Além do princípio do prazer” (1920) e que aparece como fio condutor das investigações dessa década. Conforme apresentado no capítulo anterior, Freud volta sua atenção à neurose traumática e caracteriza o trauma como uma ruptura do escudo de par-excitação que protege o aparato psíquico das excitações externas. Diante dessa ruptura o aparato é inundado por um excesso pulsional que coloca o princípio de prazer fora de ação, pois ele deve realizar, agora, uma tarefa mais fundamental, a saber, dominar a excitação. O aparelho psíquico, assim, visa prioritariamente capturar a energia livre, invasora. O eu, no entanto, não tem poder para refrear o impacto dessa experiência, desse excesso; logo, este vai se configurar como uma marca psíquica, fora do funcionamento do princípio de prazer. Nesse ponto, o problema central para a sobrevivência do sujeito é a defesa e a dominação dessa energia, que pode se dar através de ligações. Essa ligação consiste em amarrar a energia pulsional a certos conteúdos para que se tornem passíveis de representação psíquica. Essa operação permitiria, então, uma inscrição psíquica e a possibilidade para uma futura ordenação dos acontecimentos vividos em uma

sucessão histórica e temporal, dando sentido a uma vivência. Através dessa simbolização o representante pulsional pode encontrar uma expressão distinta da compulsão à repetição.

Essa problemática dos processos de simbolização, que possibilitariam alguma ordenação do que é da ordem do irrepresentável, do excesso, do caótico não dominado e que retorna sob a forma de compulsão à repetição, apresenta uma série de impasses à técnica psicanalítica clássica e a uma postura analítica pautada na neutralidade e na atenção flutuante, assim como no uso exclusivo da interpretação. Para detalharmos um pouco mais essa questão, podemos recorrer ao trabalho de Roussillon, “Agonia, clivagem e simbolização” (1999), onde o autor retoma a ideia de que a repetição diz respeito a algo traumático que não foi simbolizado e, em seguida, apresenta a distinção de duas formas de um não simbolizado, um primário e o outro secundário. O primeiro resulta de um traumatismo muito primitivo, ocorrido durante a constituição do narcisismo primário. A segunda forma resulta de um trauma que se deu durante a travessia edipiana. Em relação à primeira forma de trauma, Roussillon aponta para uma falha na simbolização primária que daria uma primeira forma psíquica aos elementos afetivo/sensório/motores da agonia, criando um primeiro signo psíquico da coisa. Esses elementos acabam permanecendo como matéria bruta pré-psíquica, não simbolizada. O traço psíquico não simbolizado tende a retornar de forma não subjetivada, como elementos sensoriais e como alucinação. Logo, se não houve essa simbolização primária, a interpretação roda em falso, e o que se repete na situação transferencial é o que foi clivado do psiquismo. Em outras palavras, podemos considerar que a questão teórica e clínica que se coloca para a psicanálise é a da posição do analista no processo de passagem de uma experiência psíquica da condição de marca à de inscrição inconsciente.

Após essa breve exposição da problemática metapsicológica sobre a qual o artigo “Perspectivas de Psicanálise” (1924a) lança luz, podemos sustentar que sua crítica central está voltada para a importância exclusiva que é dada a rememoração (*Erinnern*) como objetivo principal do trabalho analítico, enquanto que a repetição (*Wiederholen*) é considerada um sintoma de resistência a ser evitado. Para Ferenczi e Rank:

sob o ângulo da compulsão à repetição (*Wiederholungszwang*) é absolutamente inevitável, porém, que o paciente repita no tratamento fragmentos inteiros dessa evolução e como a experiência o mostrou precisamente fragmentos inacessíveis sob a forma de rememoração; de sorte que o paciente não pode fazer outra coisa senão reproduzi-los e o analista considerá-los como o *verdadeiro material inconsciente*. (FERENCZI, 1924a/2011, p. 245, grifo do autor)

Com o intuito de trazer à tona o material importante que é “bloqueado” pelas resistências, sobretudo, os sentimentos de angústia e de culpa, a recomendação é a de não suprimir a tendência à repetição, mas de estimulá-la mediante uma intervenção ativa, ou seja, favorecer a repetição, desde que o terapeuta saiba como dominá-la. A conclusão que se impõe é a de que o papel principal na técnica analítica

parece, portanto, caber à *repetição* e não à *rememoração*. Não se trata, em absoluto, de limitar-se a deixar os afetos perderem-se na fumaça das “vivências”; com efeito, essa repetição consiste [...] em permitir esses afetos para depois liquidá-los progressivamente, ou ainda *transformar elementos repetidos em lembrança atual*.” (FERENCZI, 1924a/2011, p. 246, grifo do autor)

É justamente essa noção do atual, do momento presente vivido na transferência que será enfatizado nesse trabalho. O analista certamente deve levar em conta a “*pluritemporalidade* que afeta na prática todas as manifestações dos pacientes, mas dirigirá essencialmente a sua atenção para a reação presente.” (FERENCZI, 1924a/2011, p. 254, grifo do autor). Ao proceder dessa maneira, ele obterá êxito na descoberta das raízes da reação atual no passado do paciente, o que equivale a transformar a tendência para repetição em rememoração. Segundo Mezan (2014), o essencial aqui é a valorização da experiência emocional (no presente transferencial) como fator capaz de produzir transformações psíquicas, assim como a convicção de que a análise está no caminho certo. Desta maneira, abre-se uma brecha entre o presente e o passado do paciente. Esta ênfase “é apresentada como o reconhecimento do valor clínico da experiência da repetição (em suas vertentes transferencial e existencial) e do valor teórico do conceito de compulsão à repetição.” (MEZAN, 2014, p. 302). Neste ponto, Avello (1998) aponta que o problema da regressão e de seu manejo clínico passa ao primeiro plano das

discussões da época, e também marca uma primeira diferença entre as propostas de terapêuticas de Ferenczi e Freud, pois este, mesmo tendo considerado o aspecto formal da regressão²³ como relevante na análise, sempre se mostrou cauteloso em relação à possibilidade de lidar com fenômenos regressivos por meio de outros recursos que não a interpretação.

Ainda acerca da técnica e de sua aplicação, uma crítica contundente é feita aos erros técnicos que, para os autores, abundam e prejudicam a prática analítica. Erros que para eles se encontram no analista, uma vez que

o narcisismo do analista parece apropriado para criar uma fonte de erros muito abundante, na medida em que suscita, por vezes, uma espécie de *contratransferência* narcísica que leva os analisandos a realçar as coisas que lisonjeiam o médico e, outras vezes, a reprimir os comentários e as associações pouco favoráveis que lhe dizem respeito. (FERENCZI, 1924a/2011, p. 256-57, grifo do autor)

Aqui, podemos sublinhar a recusa de Ferenczi em imputar a responsabilidade das derivas negativas (reações terapêuticas negativas) ou das aporias da transferência unicamente ao paciente. Conforme Bokanowski (2002) explicita, as dificuldades encontradas nos tratamentos passam a ser abordadas como estando, em parte, ligadas aos pontos cegos da contratransferência do analista. Essa observação levará Ferenczi a enfatizar, posteriormente, no artigo “Elasticidade da técnica psicanalítica” (1928) que a segunda regra fundamental da psicanálise é a análise do analista, e que esta não pode ser confundida com a análise didática institucionalizada²⁴. Cabe situarmos que a crítica de Ferenczi diz respeito à maneira canônica e estritamente formal pela qual a formação dos analistas estava sendo abordada desde os anos 20, a partir de códigos e regras bastante rígidas, esvaziando assim “toda a dimensão real da experiência analítica, que seria constituída pelo campo da transferência.” (BIRMAN, 2011, p. 15).

Para encerramos a discussão do trabalho de 1924, devemos destacar que Ferenczi faz uma breve revisão da história da psicanálise, argumentando que ela

²³ Em uma passagem acrescentada em 1914 a “Interpretação dos sonhos”, Freud explicita o conceito de regressão distinguindo-o em três espécies: a) *Tópica*, no sentido do esquema [do aparelho psíquico]; *Temporal*, em que são retomadas formações mais antigas; c) *Formal*, quando os modos de expressão e de figuração habituais são substituídos por modos primitivos. (FREUD, 1900/1989, p. 501)

²⁴ Essa distinção será mais bem detalhada no próximo capítulo.

partiu essencialmente da prática e que, paulatinamente, obteve surpreendentes descobertas acerca dos mecanismos psíquicos, assim como resultados terapêuticos exitosos. Essa fase, chamada por ele, de *fase de conhecimento*, se tornou insatisfatória, uma vez que o saber recém-adquirido²⁵ superou o poder terapêutico. O esforço desse artigo tem o intuito de inaugurar uma nova fase, denominada de *fase do experimentado* em contraste com o esforço anterior de obter o efeito terapêutico a partir das explicações dadas. A base de sua tese está na compreensão de que o inconsciente “não pode – uma vez que nunca foi ‘sentido’ – ser ‘rememorado’ [...], a simples comunicação, por exemplo, uma ‘reconstrução’, não é capaz por si só de produzir reações afetivas” (FERENCZI, 1924a/2011, p. 253). Assim sendo, o recalco, ou o inconsciente, devem ser coagidos a encontrar um representante no presente, na situação psíquica atual, para que possam ser afetivamente experimentados. Nas palavras de Ferenczi: “para se tornarem eficientes os afetos devem, em primeiro lugar, ser reavivados, ou seja, atualizados. Com efeito, tudo o que não nos afeta diretamente no presente, portanto, realmente, permanecerá sem efeito psíquico.” (FERENCZI, 1923/2011, p. 253). Dessa maneira, o intuito dessa nova fase é

colocar o saber adquirido pela psicanálise totalmente a serviço do tratamento, provocando [...] as experiências vividas (*Erlebnisse*) adequadas e limitando-nos a explicar ao paciente somente essa experiência que, bem entendido, também lhe é diretamente perceptível. (FERENCZI, 1924a/2011, p. 260).

Assim, vemos uma mudança entre uma intervenção puramente intuitiva, referida à técnica clássica, para a introdução da vivência analítica sustentada pela *compreensão*. Bokanowski (2002) explicita que é, sobretudo, a partir da técnica ativa que Ferenczi pensa a emergência da repetição das experiências traumáticas que, na dimensão da análise, se inscrevem enquanto experiência vivida (*Erlebnis*). Dito de outra maneira, o aspecto terapêutico da regressão é destacado pela técnica ativa, uma vez que esta permitia à emergência, no *setting*, de um material inconsciente anterior a linguagem verbal, um material que não dispõe de palavras, mas de gestos. Este material primitivo cuja inscrição se encontra no corpo, encontra expressão apenas pela repetição no *setting*. Como indica Reis (2004),

²⁵ Ferenczi faz menção aos artigos “Além do princípio do prazer” (1920) e “O ego e o id” (1923).

tornar-se-á necessário encenar sem a existência de um texto, reencenar a expressão corporificada até que esta ganhe significação, até que o sensível faça sentido. Trata-se, portanto, de permitir que o paciente, por meio da repetição, viva esses afetos e fragmentos de memória, pois é apenas dessa maneira que a interpretação subsequente surtirá efeito.

No mesmo ano, Ferenczi escreve “As fantasias provocadas” (1924c) e apresenta algumas observações clínicas que corroboram a utilização da técnica ativa em certos casos nos quais o método psicanalítico tradicional se mostrava inócuo. Nesse artigo, ele destaca a pobreza fantasmática de certos pacientes, assim como sua dificuldade em vivenciar a transferência negativa e o que chamava de sentimentos e afetos de desprazer. Em um dos fragmentos clínicos apresentados, Ferenczi descreve que incitou o paciente a imaginar algo de agressivo em relação a ele, e que

após as tentativas habituais de defesa e rejeição, apresentaram-se fantasias de agressão, a princípio tímidas; em seguida, cada vez mais violentas, estas últimas acompanhadas de sinais de angústia patente (suores frio). No final, fantasiou com acuidade alucinatória que me agredia e depois me arrancava os olhos, fantasia que se transformou bruscamente numa cena sexual onde eu desempenhava o papel da mulher. Durante essa atividade fantasística, o paciente tinha ereções manifestas (FERENCZI, 1924c/2011, p. 265).

Para Sabourin (1988), o interesse de Ferenczi neste contexto está voltado para o estudo da “*transformação* do conteúdo fantasístico, ou a transformação de um sonho em fantasia” (SABOURIN, 1988, p. 125, grifo do autor). Essas investigações lhe permitiram lançar luz sobre o modo de formação de certas fantasias e sobre fatores que determinam a sua vivacidade ou pobreza. De forma sucinta, Ferenczi descreve que a vivacidade ou a pobreza da imaginação estão ligadas aos traumas sexuais infantis, em suas palavras, a uma “certa quantidade de experiências infantis realmente vividas” (FERENCZI, 1924c/2011, p. 269). Nesse ponto, ele critica a considerável redução da importância do trauma infantil enquanto fator patogênico, promovida por Freud após descobrir as fantasias inconscientes. E para sustentar sua posição, Ferenczi relata que em uma série de casos em que a técnica ativa foi utilizada como recurso, se tratavam de pacientes que foram excessivamente bem educados na infância. Tal excesso, nesse caso, age

reprimindo e suprimindo os chamados maus hábitos antes deles serem postos em prática e, nessas condições, se torna impossível para a criança observar seu meio e viver algo da ordem sexual. As fantasias dessas crianças bem educadas demais, conclui Ferenczi, se encontram, em parte, “sob efeito imediato do ‘recalcamento primário’ (*Urverdrängung*), mesmo antes de se tornarem conscientes” (FERENCZI, 1924c/2011, p. 268). A pobreza das fantasias sexuais da criança excessivamente bem-educada (e sua tendência posterior para a impotência psíquica) está ligada, em parte, ao “fato de que as crianças sem experiência dessa ordem no real são completamente esmagadas pelos ideais educativos, sempre antissexuais”. (FERENCZI, 1924c/2011, p. 269). Além dos êxitos obtidos pela técnica ativa na provocação de fantasias, Ferenczi faz ressalvas quanto a sua utilização, uma vez que ela pode alongar de forma inútil o tratamento. Outro ponto que é destacado é o da necessidade de “possuir uma grande experiência de análises ‘não ativas’ e de fantasias não provocadas antes que o analista se permita uma intervenção desse gênero – sempre arriscada – sobre a espontaneidade das associações do paciente” (FERENCZI, 1924c/2011, p. 268).

Apesar de já ter apresentado algumas contraindicações à técnica ativa nos artigos de 1921²⁶ e de 1924²⁷, foi apenas em 1926 que o autor publicou um trabalho exclusivamente dedicado a esse assunto, chamado “Contraindicações da técnica ativa” (1926a). Nele, Ferenczi se detém em uma série de pontos problemáticos a respeito de sua técnica e dos resultados clínicos obtidos através dela. Com o intuito de abrir caminhos às associações que se encontravam barradas, a técnica ativa buscava intensificar a tensão psíquica face ao aumento da frustração. No entanto, o que se pôde notar foi a exacerbação da resistência devido a ampliação da relação de submissão do paciente para com o analista. Ao proceder por injunções e proibições, aumentando a situação de abstinência, a relação analista-paciente acabava reproduzindo a experiência traumática na pior perspectiva, que seria justamente a repetição de uma situação de submissão²⁸. Os procedimentos da técnica ativa, portanto, “levam o médico a impor à força a sua vontade ao paciente numa repetição exageradamente fiel da situação pais/criança ou a se permitir posturas perfeitamente sádicas de professor.” (FERENCZI,

²⁶ “Prolongamentos da técnica ativa em Psicanálise” (1921)

²⁷ “Perspectivas da psicanálise” (1924a) e “As fantasias provocadas” (1924c)

²⁸ Segundo Pinheiro (1995), o papel significativo do agressor na teoria do trauma de Ferenczi está relacionado, justamente, aos efeitos negativos observados pela utilização da técnica ativa.

1926a/2011, p. 404). O problema central para Ferenczi consiste em ter notado que, com a técnica ativa, não haveria possibilidade de se chegar ao que ele chamou de evento traumático. Tendo em vista os resultados insuficientes deste tipo de técnica, Ferenczi apresenta de forma sucinta uma nova postura em relação aos seus pacientes e aos impasses clínicos. Diante de um obstáculo no tratamento, o médico ou o analista deveria agir com uma flexibilidade elástica e manter uma atitude de *laisser-faire*, ou seja, ele deveria introduzir práticas menos incisivas e mais acolhedoras em relação ao paciente.

Após discutirmos os textos centrais que explicitam a técnica ativa, assim como aqueles que trazem os seus efeitos mais problemáticos, podemos chegar à conclusão de que ao levar o princípio de abstinência à sua radicalidade, Ferenczi acabava por produzir apenas uma maior submissão dos analisandos, que, ao invés de recordarem o que estava suprimido pelo recalque, acabavam por se adaptar aos sacrifícios proporcionados por esse tipo de técnica. Nesse momento, o problema que se impõe para ele é o de conceber uma prática clínica que não fosse uma repetição fiel da cena do trauma, prática em que a dinâmica do aparelho psíquico do analista fosse levada em consideração, de modo a compreender o processo analítico como o resultado de uma dinâmica estabelecida por dois aparelhos psíquicos. Além de sublinhar a importância daquilo que se passa do lado do analista para um melhor encaminhamento da análise, Ferenczi imputa à técnica e ao enquadre a responsabilidade pela produção de resistências objetivas à experiência analítica. Logo, “seria preciso tornar a técnica mais elástica, de maneira a favorecer a expressão afetiva” (KUPERMANN, 2008, p. 157). A partir desta revisão, Ferenczi caminha para um novo posicionamento clínico, que tem como característica fundamental o *tato*.

A mudança de perspectiva apresentada em “Contraindicações da técnica ativa” (1926a) é o prelúdio para uma abordagem completamente distinta. Tais considerações levaram Ferenczi a experimentar um método permissivo de relaxamento que, lhe permitiu, nos anos seguintes, novas considerações acerca do trauma. Os trabalhos que formam o principal *corpus* dessa teoria e de sua respectiva técnica são: “Elasticidade da técnica psicanalítica” (1928), “A criança mal acolhida e sua pulsão de morte” (1929), “Análises de crianças com adultos” (1931) e “Confusão de línguas entre adultos e a criança” (1933), publicados em

vida; assim como o *Diário clínico* (1990) e “Reflexões sobre o trauma” (1934), ambos póstumos.

No próximo capítulo abordaremos as novas perspectivas introduzidas no período que vai de 1926-1933, no qual Ferenczi, frente às novas dificuldades resultantes da técnica ativa, experimenta novas abordagens técnicas. Discutiremos, por conseguinte, as noções de *tato*, *sentir com* e a atitude de *laisser-faire*, assim como a sua reelaboração do conceito de trauma, o surgimento do princípio de relaxamento e a neocatarse, e, por fim, a proposta da análise mútua.

4. Impasses clínicos e inovações técnicas

Michel Balint²⁹, na introdução ao quarto volume das obras completas de Ferenczi, explicita que este tomava por axioma o que escreveu no artigo “Análise de crianças com adultos” (1931):

[...] que, enquanto o paciente continua comparecendo, o fio de esperança não se rompeu. Portanto, eu tinha que fazer-me de forma incessante a mesma indagação: a causa do fracasso 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, 1931/2011, p. 81)

Essa constante indagação somada às observações dos elementos que constituem a situação analítica, ensinaram-lhe que “todo acontecimento nessa situação deve ser compreendido como uma interação entre a transferência do paciente, isto é, sua compulsão à repetição, e a contratransferência do analista, ou seja, sua técnica.” (BALINT, 2011, p. XVIII). Nessa interação, o primeiro elemento, as manifestações do paciente, é tomado como um fator constante e quase inalterável, sendo assim, a superação de um impasse na situação analítica implica em uma alteração do outro fator, a técnica.

Como vimos no capítulo anterior, a primeira modificação que Ferenczi faz na técnica ativa tem o objetivo de atenuar a força de sua intervenção: ao invés de ordens e interditos, adotou conselhos e sugestões. Em seguida, alarga o passo, abandonando toda e qualquer forma de intervenção ativa e passa a se concentrar no que o paciente parecia esperar do analista. Para isso, ele teve que tornar sua técnica flexível o suficiente para não frustrar de maneira inútil essa expectativa. Balint (2011) delimita que é a partir desse momento que Ferenczi inicia um sucessivo exame crítico do princípio técnico de abstinência e frustração. Essa crítica é apresentada, principalmente, em três artigos que iremos abordar em seguida: “Elasticidade da técnica psicanalítica” (1928), “Princípio de relaxamento e neocatarse” (1930) e “Análise de criança com adultos” (1931).

²⁹ Essa introdução que se encontra disponível na tradução brasileira dessa coleção (Martins Fontes, São Paulo, 2011) constitui a terceira parte de um artigo redigido por Michel Balint em 1967 para uma obra coletiva intitulada *Psychoanalytic Techniques*, Basic Books.

Neste capítulo, partiremos dos três artigos supracitados para traçar o percurso que Ferenczi fez desde a sua concepção “elástica” da técnica e da importância que confere ao *tato* do analista, até sua teorização acerca do trauma e a ampliação da questão da sedução. Outro tema a ser discutido será o da posição do analista a partir das novas concepções clínicas e teóricas propostas por Ferenczi, como por exemplo: a da imagem do analista como uma tira elástica, a do analista como “joão-bobo”, a do analista que experimenta o espaço analítico como um jogo, e, por fim, o analista que se deixa analisar (a experiência da análise mútua).

4.1

Elasticidade da técnica e do analista: o uso da *Einfühlung*

Na abertura do artigo “Elasticidade da técnica psicanalítica” (1928), Ferenczi dirige uma dupla crítica: aos analistas que tomam os elementos trazidos nas “Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise” (1912b) como cânones, praticando-os ao pé da letra; e ao próprio texto freudiano que apenas abordou aquilo que *não* deveria ser feito pelo analista, deixando ao encargo do *tato* do analista o que deveria ser feito (sem delimitar o que o termo *tato* significa). O resultado, após quinze anos da sua publicação, foi que: “os sujeitos obedientes não perceberam a elasticidade dessas convenções e se submeteram a elas como se fossem leis-tabus” (FERENCZI, 1928/2011, p. 41). É no intuito, portanto, de revisar e melhor explicitar os elementos, os impasses e também os signos de êxito clínico que Ferenczi escreve esse artigo.

Atento aos impasses de seus colegas, dos analistas em formação e das dificuldades de sua clínica, Ferenczi apresenta a regra que deve ser instituída como a segunda regra fundamental da psicanálise, a saber, “*que quem quer analisar os outros deve, em primeiro lugar, ser ele próprio analisado*” (FERENCZI, 1928/2011, p. 31, grifo do autor). Decerto, Freud já havia anunciado em “As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica” (1910a) a importância da análise do analista para que este pudesse exercer o trabalho analítico. Naquele momento histórico, final da primeira década do século passado, um número considerável de pessoas estava praticando a psicanálise e também compartilhando observações clínicas, e é nesse sentido que Freud sublinha que todo pretendente à

psicanalista “deve iniciar sua atividade por uma autoanálise e levá-la, de modo contínuo, cada vez mais profundamente” (FREUD, 1910a/1969, p. 130). Este procedimento permitiria que o psicanalista avançasse na análise de seus pacientes, uma vez que “nenhum psicanalista avança além do quanto permitem seus próprios complexos e resistências internas” (FREUD, 1910a/1969, p. 130). Encontramos outra passagem, dois anos mais tarde, em “Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise” (1912b), na qual Freud insiste que para se evitar resultados nefastos aos pacientes, todo indivíduo que quiser exercer a psicanálise deve ter “passado por uma purificação psicanalítica e ficado ciente daqueles complexos seus que poderiam interferir na compreensão do que o paciente lhe diz” (FREUD, 1912b/2006, p. 129).

Devemos destacar que há uma diferença importante entre esses dois momentos. No primeiro, Freud estabelece, apenas, a exigência da autoanálise como condição para se tornar psicanalista; no segundo, ele já reconhece a insuficiência desse procedimento e estabelece a “exigência de que todos que desejem efetuar análise em outras pessoas terão primeiramente de ser analisados por alguém com conhecimento técnico” (FREUD, 1912b/2006, p. 130). Essa exigência recebeu o nome de *análise prévia*, que sugere a conveniência de um período de análise pessoal antes de começar a atender pacientes. A *análise didática* se distingue daquela, pois seu objetivo é a demonstração do método e o ensino da técnica.

No início da regulamentação das análises didáticas a duração era bastante curta, tendo sido estendida ao longo do processo de institucionalização da formação. Max Eitingon, por exemplo, fez sua análise com Freud por dois meses, com a frequência de duas sessões por semana, durante caminhadas pelas ruas de Viena (BALINT, 1954 *apud* HERRMANN, 2008). Naquela época, o acesso à formação estava relacionado diretamente ao contato com os poucos psicanalistas formados, ou seja, à relação pessoal entre o interessado em praticar a psicanálise e aquele que detinha o *savoir-faire* da técnica, assim como o seu respectivo conhecimento teórico. É apenas a partir de 1910, no Congresso de Nuremberg, que a formalização da formação analítica foi pela primeira vez anunciada, sobretudo, a partir do grande crescimento de interessados pela psicanálise e, conseqüentemente, pela preocupação da recém-criada *International Psychoanalytical Association* em preservar a sua pureza.

Durante o início da década de 1920, as regulamentações do ensino e da transmissão da técnica foram se cristalizando e admitidas de forma integral e canônica por todas as sociedades de psicanálise. Apenas para exemplificar esse momento da história da psicanálise, Herrmann (2008) lembra que:

em 1922, a análise didática durava entre um ano e um ano e meio, enquanto as primeiras análises didáticas freudianas não passavam de seis meses. Em 1924 [...], o primeiro regulamento do Instituto [de Berlim] previa três anos para a formação, iniciando-se com o ensino teórico, seguido de dois anos de casos supervisionados, ao passo que cabia à análise didática ocupar os anos finais da formação. Em 1925, a Sociedade de Viena publicou suas regras, que previam dois anos para a formação total. (HERRMANN, 2008, p. 80)

Em seguida, o autor informa que, em meados dos anos 20 e início dos 30, a institucionalização internacional prosseguia de maneira inexorável. No Congresso de Wiesbaden, em 1932, por exemplo, o *Comitê Internacional de Formação*, criado em 1925 no Congresso de Bad-Homburg, apresentava novas recomendações para a formação de analistas, como por exemplo, dois anos de formação teórica, dois de supervisão e um ano e meio de análise didática.

Esta breve digressão histórica nos permitirá delimitar melhor o campo e o sentido que Ferenczi busca estabelecer quando sublinha a exigência da segunda regra fundamental. Em relação ao primeiro, vemos que Ferenczi está se direcionando a institucionalização da formação psicanalítica, sobretudo a partir da criação, na década de 20, dos institutos de formação. Quanto ao sentido, podemos acompanhá-lo desde artigos anteriores a 1928 até os seus últimos escritos. Ferenczi está criticando a superficialidade das análises didáticas, e sublinhando a importância de uma análise profunda, sobretudo para a compreensão da experiência psicanalítica de forma geral, assim como de suas propostas técnicas e da dinâmica transferencial que elas implicam. Em “O problema do fim da análise” (1927b), por exemplo, Ferenczi explicita que em certos casos o paciente se dirige ao analista de maneira agressiva, o que se assemelha a um ataque cujo objetivo inconsciente é testar a solidez da paciência e a benevolência do analista. Diante dessas situações, ele destaca que:

[essa] ofensiva geral do paciente impõe como condição preliminar que o analista tenha terminado por completo a sua

própria análise. Faço esta observação porque, com frequência, considera-se suficiente que o candidato a psicanalista trave conhecimento, durante um ano, por exemplo, com os principais mecanismos: uma análise supostamente didática. (FERENCZI, 1927b/2011, p. 24)

Em 1932, no mesmo congresso (Wiesbaden) onde o *Comitê Internacional de Formação* apresentou novas recomendações para a formação de analistas, Ferenczi apresenta, em seu artigo “Confusão de línguas entres os adultos e a criança” (1933), uma crítica irônica ao afirmar que:

a análise em profundidade de uma neurose exige quase sempre várias anos, ao passo que a análise didática habitual não dura, com frequência, mais de alguns meses, ou de um ano a um ano e meio, o que pode redundar na situação absurda de que, pouco a pouco, os nossos pacientes estarão mais bem analisados que nós. (FERENCZI, 1933/2011, p. 113)

Voltando ao artigo sobre a “Elasticidade da técnica psicanalítica” (1928), notamos que a ênfase de suas reflexões recai sobre a *disponibilidade* do analista para ser afetado na situação analítica, a dinâmica dos seus processos internos e a compreensão dos limites da técnica. Assim, a primeira investigação apresentada nesse trabalho partirá da retomada de uma palavra utilizada por Freud em “Psicanálise ‘silvestre’” (1910c), mas até então pouco aprofundada e delimitada. O termo a ser desenvolvido é o *tato*, que em Ferenczi é definido como “a *faculdade de “sentir com” (Einfühlung)*” (FERENCZI, 1928/2011, p. 31).

Antes de adentrarmos na discussão psicanalítica acerca do termo *Einfühlung*, muitas vezes traduzido por “sentir com”, outras vezes por “sentir dentro”, mas, sobretudo, por *empatia*, faremos uma breve digressão acerca do seu surgimento e da sua utilização³⁰.

Stefano Bolognini em *A empatia psicanalítica* (2008) investiga a origem e a acepção do termo alemão *Einfühlung* (“sentir dentro”) e localiza que o vocábulo “empathy” foi cunhado por Titchener, em 1909, como tradução de *Einfühlung* para o seu livro *Experimental Psychology of the Thought Processes*. Contudo, o termo “empatia” apareceu pela primeira vez em uma obra publicada em 1798, nos escritos de “Discepoli a Sais” do poeta romântico alemão Novalis. O conceito de

³⁰ Kupermann (2005) explicita que o termo alemão *Einfühlung* significa literalmente *sentir dentro*, mas é traduzido para a língua portuguesa como *empatia*, enquanto *Mitgefühl*, *sentir com*, traduz-se por *simpatia*.

Einfühlung emerge no final do século racionalista do iluminismo, mais precisamente, na época do Romantismo, período caracterizado pela:

descoberta entusiástica dos registros emocionais por parte de certo número de intelectuais, poetas e filósofos que extraíram do contato íntimo e recíproco, e de sensações de caráter instintivo e visceral, a certeza de estarem compartilhando uma época memorável para o espírito. (BOLOGNINI, 2008, p. 35)

O período do Romantismo foi marcado por um intenso intercâmbio de ideias e explorações emocionais profundas, criando assim novos matizes de significados. Essa ênfase nos aspectos emocionais também é localizada no campo da medicina, onde se vê surgir uma nova concepção da relação médico-paciente. Esta é agora marcada por uma mistura particular de objetividade e subjetividade, de assimetria e simetria. Bolognini (2008) apresenta uma série de discursos nos quais o progresso do conhecimento científico dependia da “Sympathie”, ou seja, “do médico ser impulsionado por um interesse pessoal pelo paciente” (BOLOGNINI, 2008, p. 38). Nessa mesma perspectiva, Schubert, em 1805, sustentava a ideia de que “um interesse interior e amoroso pelo sofrimento do ‘irmão’ acelera a cura ao invés de retardá-la” (BOLOGNINI, 2008, p. 38).

Segundo Bolognini (2008) o conceito de empatia permaneceu ligado às raízes românticas até o início do século XX, e, particularmente, às suas funções projetivas. No movimento filosófico que cultivou a estética, por exemplo, representado dentre outros por Theodor Lipps, se utilizava do termo *Einfühlung* e reconhecia a sua importância na constituição da base do processo criativo. Para Lipps, a base da criação consistia em uma identificação do sujeito com o objeto, de tal maneira que “o objeto, por si só inerte e frio, sendo penetrado pelo sujeito, se tornava animado, caloroso e humanizado pelos sentimentos do artista, que o transforma em obra de arte (Abbagnano³¹)” (BOLOGNINI, 2008, p. 39). Dessa maneira, a experiência estética se constituía a partir da projeção de emoções humanas no objeto a ser estetizado, em outras palavras, “dar significação e paixão às coisas inanimadas, como dizia Vico³²” (BOLOGNINI, 2008, p. 39).

Bolognini (2008) encerra sua investigação histórica do conceito de *Einfühlung* concluindo que sua origem estava marcada por uma perspectiva de

³¹ Referência à definição encontrada no dicionário de filosofia do filósofo Nicola Abbagnano.

³² Referência ao filósofo italiano do século XVIII Giambattista Vico.

extensão-projeção-osmose entre seres humanos e coisas, o que, hoje em dia, está bem distante do que entendemos por empatia. Um segundo desfecho de sua pesquisa mostra que:

coube à psicanálise a refinada e difícil tarefa de *integrar reciprocamente o entender e o sentir*, ajustando os delicados e sensíveis instrumentos adequados à percepção da vida interna dos seres humanos, em uma situação de consciência de separação (*separabilidade*). (BOLOGNINI, 2008, p. 41, grifos do autor).

Retornando, então, à discussão psicanalítica do termo *Einfühlung*, Cano e Kupermann, no artigo “O uso da *Einfühlung* em Freud no horizonte da dimensão sensível da experiência psicanalítica” (2013), apresentam a maneira pela qual Freud empregou este termo em uma série de trabalhos. De forma esquemática, os autores explicitam que a noção “tato médico” aparece, pela primeira vez, em “Psicanálise ‘silvestre’” (1910c), anos mais tarde reaparece em “Um estudo autobiográfico” (1925 [1924]) e, por último, em “Análise terminável e interminável” (1937a). Outra questão levantada é a do uso da palavra *Einfühlung* por Freud e seus diferentes sentidos nos artigos “Os chistes e sua relação com o inconsciente” (1905), “Totem e tabu” (1913 [1912-13]), “O inconsciente” (1915b) e “Psicologia de grupo e análise do ego” (1921). Essa detalhada pesquisa mostra claramente como Freud reconhece o uso psicanalítico do termo, mas, como veremos em seguida, não o aborda com o mesmo sentido que Ferenczi.

Em uma carta a Ferenczi datada de 4 de janeiro de 1928, ano em que este redigiu o artigo “Elasticidade da técnica psicanalítica” (1928), Freud faz uma avaliação crítica do trabalho ao responder:

o título é excelente e mereceria maior destaque, já que minhas recomendações sobre a técnica, naquela época, eram essencialmente negativas. Considerava que o mais importante era enfatizar o que não se deveria fazer (...). Deixei para o “tato”, que você introduziu, quase tudo que se deveria fazer de maneira positiva. O que consegui assim foi que o obediente se submetesse a estas advertências como se fossem tabus e não observasse sua elasticidade (PIGMAN, 1995, p. 246 *apud* CANO; KUPERMANN, 2013, p. 163).

Poucas linhas abaixo, Freud demonstra uma grande preocupação acerca da maneira pela qual Ferenczi apresenta a *Einfühlung*, e escreve:

apesar do que você disse sobre o “tato” ser verdadeiro, parece-me que uma concessão nesta forma é também questionável. Todas as pessoas sem tato verão aí uma justificativa para arbitrariedades, isto é, para o fator subjetivo, ou para a influência dos complexos pessoais que não foram superados. Ou que, na verdade, fazemos – permanecendo de uma maneira prevalentemente pré-consciente – é considerar as diversas reações que esperamos de nossas intervenções, e o que importa, especialmente, é uma estimativa quantitativa dos fatores dinâmicos na situação. Naturalmente, não há regras para esta avaliação, a experiência do analista e sua normalidade serão decisivas. Para os iniciantes, com certeza, dever-se-ia despojar o “tato” de seu caráter místico (PIGMAN, 1995, p. 247 *apud* CANO; KUPERMANN, 2013, p. 171).

Pigman (1995), Coelho Junior (2004) e Cano e Kupermann (2013) destacam desse trecho a hipótese de que Freud confere à *Einfühlung* um sentido, predominantemente, cognitivo ou racional, pois pré-consciente. Para Coelho Junior (2004), por exemplo, “a empatia, revela, para Freud, processos que fazem com que possamos compreender um outro ser humano através de uma capacidade cognitiva de nos colocarmos em seu lugar” (COELHO JUNIOR, 2004, p. 76). A pergunta que se impõe é: por que Freud teria limitado a *Einfühlung* ao seu aspecto pré-consciente? Cano e Kupermann (2013) apresentam três hipóteses para essa questão: uma metódica-epistemológica, a segunda seria institucional e, por último, uma de ordem clínica.

De forma sucinta, a primeira hipótese é a de que Freud teria se mantido fiel aos seus mestres E. Brücke, H. Von Helmholtz, G. T. Fechner, J. F. Herbart, F. Brentano e E. Mach, todos representantes da *Wissenschaftsphilosophie*, filosofia científica, que possui como modelo a ciência da natureza. Dito de outra forma, Freud teria se mantido filiado ao paradigma clássico da orientação científica, se utilizando do modelo fornecido pelo *Naturwissenschaften*, a saber, o da relação sujeito-objeto. Assim, a relação analítica, analista/analizando seria pensada dentro de um modelo no qual sujeito e objeto não se confundem: o sujeito observa seu objeto de estudo de forma neutra, sem participar das forças envolvidas. Segundo Dunn (1995), “o modelo positivista clássico da psicanálise compartilha aspectos do relacionamento do cientista físico com seu objeto de investigação” (DUNN, 1995, p. 202 *apud* CANO; KUPERMANN, 2013, p. 173). A discordância com Ferenczi a partir dessa hipótese deriva do sentido que ele

atribui ao *Einfühlung*, pois implicaria pensar a relação analítica para além do modelo sujeito-objeto. A noção de “sentir com” introduzida por Ferenczi exige uma concepção intersubjetiva da clínica, e esta pensa o processo terapêutico composto por uma “mistura inextricavelmente entretecida das relações subjetivas dos participantes clínicos um relação ao outro” (DUNN, 1995, p. 201 *apud* CANO; KUPERMANN, 2013, p. 173).

A segunda hipótese concerne à preocupação de Freud com o futuro da instituição psicanalítica, uma vez que o termo *Einfühlung*, em seu sentido afetivo e intersubjetivo, implica em uma participação afetiva dos membros que compõe a dupla analítica, o que, para Freud, poderia ser fonte de uma série de envoltimentos emocionais que prejudicariam a reputação da psicanálise. Cabe lembrarmos que não foram poucos os psicanalistas, em sua época, que se envolveram com suas pacientes (Jung-Spielrein, Jones-Rivière, entre outros). A conclusão que podemos chegar é que Freud, ao delimitar a *Einfühlung* aos seus aspectos racionais, tentou evitar que a psicanálise se envolvesse em futuros escândalos institucionais, assim como garantir o seu lugar no rol das ciências da natureza. Os autores, em última análise, explicitam que:

os afetos do analista, sobretudo quando incluídos na cena analítica, poriam em xeque a cientificidade da psicanálise e com o perigo ainda maior de vê-la envolta com o misticismo e o ocultismo, tão combatidos pelas ciências da natureza. (CANO; KUPERMANN, 2013, p. 175)

A terceira hipótese se encontra articulada com a segunda e diz respeito à problemática da contratransferência. Essa questão apareceu ainda na pré-história da psicanálise, no caso de Bertha Pappenheim, quando esta era paciente de Breuer. A história do caso narrada por Freud³³ em “História do movimento psicanalítico” (1914b) e repetida em “Um estudo autobiográfico” (1925 [1924]) nos informa o trágico desfecho deste caso: de um lado, a paciente, Bertha (Anna O.), que apresenta uma gravidez histérica e relata que o filho é de seu médico; de outro, Breuer que, perplexo ao se perceber tão devotado e envolvido no tratamento dessa paciente, abandona o caso e se retira para uma segunda lua de mel com sua esposa Mathilde. Após uma década de trabalho psicanalítico e de

³³ Para uma consulta mais detalhada sobre as diferentes narrativas do desfecho do caso de Anna O, ver *Dicionário de psicanálise* (1998) de Elisabeth Roudinesco e Michel Plon.

atenção à situação analítica e as intensidades que atravessam a relação analista-paciente, Freud irá, em meados da década de 1910, afirmar com firmeza a necessidade do controle da contratransferência. É nessa década, então, que formula certos princípios a serem seguidos pelos analistas: a abstinência, a neutralidade e o controle. Nesse contexto, vemos surgir a metáfora do espelho (FREUD, 1912a/2006), a imagem do analista como cirurgião que deixa os seus sentimentos de lado (FREUD, 1912b/2006) e a ênfase no estado de abstinência (1919 [1918] / 1976). Em suma, a sua posição acerca da contratransferência busca:

evitar que a subjetividade do analista apareça [...] Freud, ao invés de tomá-la como a contrapartida necessária da transferência, vai se referir a ela como um defeito, um erro técnico, uma reação indisciplinada à transferência do paciente. (CANO; KUPERMANN, 2013, p. 177).

Segundo Cano e Kupermann (2013) e Coelho Junior (2004) o resultado da desvinculação por Freud da dimensão afetiva da *Einfühlung* foi, portanto, a sua exclusão do vocabulário clínico, assim como o prejuízo à compreensão dos aspectos sensíveis da experiência psicanalítica. Para os autores, a ênfase que Ferenczi dá ao aspecto sensível da *Einfühlung*, sobretudo, a partir de 1928, resgata o termo e faz dele um conceito psicanalítico que traz à tona a importância da sensibilidade do clínico, “seja para o estabelecimento do vínculo entre a dupla analítica, assim como veículo de acesso a modos de funcionamento do psiquismo do analisando” (CANO; KUPERMANN, 2013, p. 179).

Retomando, então, o artigo de Ferenczi, o *tato* ou a faculdade de “sentir com” (*Einfühlung*) é o que permite ao analista:

saber quando e como se comunica alguma coisa ao analisando, 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, etc. (FERENCZI, 1928/2011, p. 31)

Ferenczi continua a sua exposição a partir do que denomina “*ajuda do nosso saber*” (FERENCZI, 1928/2011, p. 31, grifo do autor). Para ele, esse saber deriva

da experiência do clínico após ter atendido diversos casos, mas, sobretudo, da investigação que o analista fez e continua fazendo de seu próprio psiquismo. O analista se encontra em uma posição distinta, ele está menos sujeito que o paciente às forças da resistência, logo ele pode formar uma ideia dos pensamentos, das emoções e das tendências não expressas pelos pacientes. Ter acesso a essa informação não implica em comunica-la diretamente, pois desta forma se estimularia, inutilmente, a resistência. É preciso ter tato ao avaliar quando e como comunicar algo ao paciente para que a sua resistência não recrudesça. É necessário, então, “como uma tira elástica ceder às tendências do paciente mas sem abandonar a tração na direção” (FERENCZI, 1928/2011, p. 37) que o analista considera apropriada para o progresso da análise. O trabalho do analista vai se configurando, portanto, como uma “oscilação perpétua entre “sentir com”, auto-observação e atividade de julgamento” (FERENCZI, 1928/2011, p. 38) para, enfim, decidir quando interpretar. Nesse ponto, Ferenczi sublinha que uma das regras mais importantes da análise é que o analista deve ser parcimonioso nas interpretações e, em seguida, faz mais uma ressalva quanto a importância de uma profunda análise do analista, uma vez que “o fanatismo da interpretação faz parte das doenças de infância do analista” (FERENCZI, 1928/2011, p. 38).

Ainda acerca da *Einfühlung*, Kupermann (2008) sublinha que devemos fazer um acompanhamento rigoroso do sentido proposto por Ferenczi ao recorrer a esse termo. Do contrário corremos o risco de confundi-lo com os conceitos de projeção, identificação histórica e contratransferência (em seu sentido tradicional de reação às manifestações afetivas do paciente). Segundo o autor, a empatia em Ferenczi, esse colocar-se no “diapasão do paciente”:

não pode ser entendida por meio do paradigma técnico-cientificista promotor de um isolamento nos modos de experimentação subjetiva do acontecimento clínico, mas apenas em referência a um paradigma estético no qual estaria referida a um exercício de afetação mútua. Tratar-se-ia, assim, de uma modalidade sensível de conhecimento, na qual se podem experimentar sensações e afetos vivenciados no encontro com a alteridade em decorrência da abolição momentânea das fronteiras estabelecidas entre sujeito e objeto, entre eu e outro. (KUPERMANN, 2008, p. 81)

Ao abordar a empatia como uma modalidade sensível de conhecimento, Ferenczi desloca o problema da *intransmissibilidade* do tato, visto como uma

espécie de dádiva, para colocar a questão da *disponibilidade* para o encontro. Para entendermos esse deslocamento teremos que retomar o artigo “Psicanálise Silvestre” (1910c), onde a palavra “tato” aparece pela primeira vez. Nesse trabalho, Freud relata o caso de uma mulher divorciada que o procura por estar muito angustiada após uma consulta com um médico instruído pela psicanálise. Em um determinado momento, o médico responde à paciente que, uma vez que seu sofrimento teria uma etiologia sexual, ela teria, então, três alternativas para recuperar a saúde: reatar o relacionamento com o marido, recorrer à masturbação, ou então procurar um amante. Em face desse relato, Freud, muito habilmente, ao invés de indagar sobre a verdade ou inverdade da interpretação, formula uma crítica a toda interpretação veiculada sem *tato*, sublinhando que, desta forma, ela se torna abusiva e violenta. Em relação ao *tato*, Freud destaca que: “a psicanálise fornece essas regras técnicas para substituir o indefinível ‘tato médico’ que se considera como um dom especial” (FREUD, 1910c/1969, p. 212). Podemos extrair dessa citação que Freud concebe o *tato* como um dom especial, logo intransmissível. Em face desse estatuto que estabelece que o *tato* é uma qualidade natural do clínico, uma faculdade inata, certamente, a melhor maneira de evitar “perigos para os pacientes e para a causa da psicanálise inerentes à prática” (FREUD, 1910c/1969, p. 212) era promover uma formação adequada aos futuros psicanalistas³⁴.

Na perspectiva introduzida por Ferenczi, o *tato* não é mais pensado como uma dádiva, um dom, mas como uma *ferramenta clínica* que, para poder ser utilizada, exige do clínico *disponibilidade* e uma profunda análise pessoal. Desta forma, a ênfase recai sobre o analista, mais precisamente sobre os seus mecanismos de defesa para resistir ao encontro, ou seja, aos modos como ele afeta e é afetado na situação analítica. Ferenczi apresenta esse problema a partir da constatação da alta frequência dessa resistência ao encontro em seus colegas, alunos e demais psicanalistas.

No intuito de aprofundar a investigação desse impasse clínico, Ferenczi traz à tona uma formulação inédita, a da *metapsicologia dos processos psíquicos do analista* durante a análise. A partir dessa perspectiva, os investimentos do

³⁴ Devido ao aumento de situações semelhantes à narrada e também em decorrência da expansão da psicanálise no campo social, constatou-se a necessidade de regulamentar e formalizar a formação dos psicanalistas. Assim, no mesmo ano de 1910, foi fundada a Associação Internacional de Psicanálise. (FREUD, 1910c/1969)

psicanalista “oscilam entre identificação (amor objetal analítico), por um lado, e autocontrole ou atividade intelectual, por outro” (FERENCZI, 1928/2011, p. 40). Ferenczi ressalta que o psicanalista nunca pode dar livre curso ao seu narcisismo e ao seu egoísmo, situação que reconhece como uma sobrecarga ao psiquismo do clínico. Seria este também um dos motivos que o fizeram postular a segunda regra fundamental da psicanálise, pois a análise do analista é o instrumento de que ele dispõe para a sua higiene particular. Para Ferenczi:

é fácil reconhecer os analistas não analisados (selvagens) e os pacientes incompletamente curados, pois sofrem de uma espécie de “compulsão para analisar”; a motilidade livre da libido, após uma análise terminada, permite, em compensação, deixar governar, se necessário, o autoconhecimento e o autocontrole analíticos, mas sem ser impedido por outro lado, de maneira nenhuma, de desfrutar simplesmente a vida. O resultado ideal de uma análise terminada é, pois precisamente, essa elasticidade que a técnica exige também do psiquiatra. (FERENCZI, 1928/2011, p. 40)

Além de instrumento particular, podemos extrair dessa citação que a análise do analista é a condição necessária para que a elasticidade que é conferida à técnica, também seja experimentada pelo analista, mais precisamente, na tomada de consciência da dinâmica de seus processos internos e na delimitação do que é referido à situação analítica. É apenas desta maneira que “o psicanalista poderia suportar o impacto do encontro terapêutico sem sucumbir à tendência de se fixar em qualquer posição imobilizadora (“paterna” ou “materna”, por exemplo)” (KUPERMANN, 2008, p. 82).

Neste momento da obra ferencziana, nota-se que o emprego de recursos “ativos” se torna desnecessário para o progresso da análise. Assim, refletindo sobre o que se passa do lado do paciente e, sobretudo, quanto à análise do caráter, Ferenczi constata que a sua proposta de flexibilização da técnica permite o surgimento de uma série de “provocações” do analisando para com o analista. Estas indicam todo um cenário infantil no qual certos traços de caráter maldosos foram formados, em sua maioria, no confronto com adultos incompreensivos. É neste movimento que Ferenczi percebe que a técnica ativa, com a sua radicalização da frustração, colocava o analisando em uma situação cuja exigência era similar àquela proveniente dos adultos (faça isso ou não faça aquilo). Logo, a atividade exercida na técnica ativa “impedia o encontro de *outra* solução, mais

saudável, para os conflitos agora revivenciados na transferência” (MEZAN, 2014, p. 345, grifo do autor). Segundo Ferenczi não há

nada mais nocivo em análise do que uma atitude de professor ou mesmo de médico autoritário. Todas as nossas interpretações devem ter mais o caráter de uma proposição do que de uma asserção indiscutível, e isso não só para não irritar o paciente mas também porque podemos efetivamente estar enganados. (FERENCZI, 1928/2011, p. 36)

Tornada, portanto, a técnica mais elástica, os analisandos puderam encontrar caminho para expressões afetivas inusitadas, sobretudo, manifestações hostis (transferência negativa). Nesse ponto, Ferenczi aproxima a posição do analista a do boneco “joão-teimoso” (*Watscherman*) sobre o qual o paciente exercita seus afetos de desprazer. A recompensa alcançada pelo analista, após se manter como suporte para tais manifestações intensas, é a ultrapassagem “de muitas ‘resistências objetivas’ impostas pelo tratamento-padrão [técnica clássica]” (KUPERMANN, 2008, p. 94). Todo o esforço de Ferenczi, conforme avaliado por ele mesmo dois anos mais tarde³⁵, consistiu em resgatar da regra fundamental a dimensão de liberdade: de permitir que o paciente se entregasse mais livremente e se expressasse da mesma maneira. Postura que foi perdida, em grande parte, durante o processo de institucionalização da psicanálise (KUPERMANN, 2008).

Atento às vicissitudes dos processos dinâmicos da situação analítica, Ferenczi percebe que a reserva do analista exigida pela abstinência era vivida por muitos pacientes como frieza, dogmatismo e pedantismo, impressões que constituíam um forte empecilho para o sucesso da análise. Segundo Ferenczi:

[sua] rigidez provocava um aumento supérfluo da resistência e uma repetição demasiado literal de acontecimentos traumáticos da pré-história infantil, e custava muito tempo para superar metade dos efeitos nefastos dessa identificação inconsciente no paciente. (FERENCZI, 1930/2011, p. 67)

Assim, ele se vê diante de uma série de casos cujo princípio essencial da análise, o da frustração, não produz efeitos terapêuticos; e o acúmulo de situações semelhantes não permite que sejam mais considerados como casos de exceção. Para superar esse impasse técnico, Ferenczi propõe um novo princípio, que não

³⁵ Essa menção se encontra no artigo “Princípio de relaxamento e neocatarse” (1930), página 66.

deve substituir o anterior, mas ser utilizado em conjunção com ele, a saber, o princípio de relaxamento (*Nachgiebigkeit*).

4.2

Em busca de uma regressão mais profunda e terapêutica: princípio de relaxamento e neocatarse

A temática do relaxamento é abordada no artigo “Princípio de relaxamento e neocatarse” (1930) apresentado pela primeira vez em 1929, no XI Congresso Internacional de Psicanálise, em Oxford. Ferenczi ao longo do trabalho faz um retrospecto da evolução da técnica psicanalítica em geral e também de seu próprio percurso. Após concluir sua exposição histórica, ele compartilha que, durante seus trinta anos de prática, violou o princípio de abstinência de todas as maneiras possíveis, como por exemplo: prolongando a sessão além do tempo regulamentar, não cobrando em certas ocasiões, entre outras. A questão que se encontra no cerne dessa revelação é a da participação do analista no processo analítico e os possíveis efeitos iatrogênicos que derivariam de suas atitudes. Ferenczi se pergunta, então, “se não se inflige ao paciente mais sofrimento do que é absolutamente necessário” (FERENCZI, 1930/2011, p. 70); e mais adiante afirma que o paciente vê a reserva severa e fria do analista como “a continuação da luta infantil contra a autoridade dos adultos, e que repete agora as reações caracteriais e sintomáticas que estiveram na base de sua neurose propriamente dita”. (FERENCZI, 1930/2011, p. 70).

A reflexão ferencziana acerca da fria objetividade do analista, que pode colocar o paciente em confronto com dificuldades inúteis e evitáveis, leva-o a buscar uma melhor definição da expressão, pouco clara, de “atmosfera psicológica”. A questão para o psicanalista húngaro é a de criar as condições necessárias para que o paciente estabeleça uma transferência positiva com o analista. Para alcançar este objetivo é preciso que ele crie uma “atmosfera psicológica” favorável para que os traumas da primeira infância sejam revividos em uma situação distinta da ocorrida no passado, evitando, assim, a produção de novos traumas.

Neste sentido, Ferenczi descreve uma atmosfera em que predominam a distensão e a confiança entre analista e analisando. Assim, a união de forças entre terapeuta e paciente visa à elaboração das resistências “objetivas”, ou seja,

provenientes das defesas intrapsíquicas, “com menos choques” e sem incrementá-las “inútil e inoportunamente” pela frieza do analista. (FERENCZI, 1930/2011, p. 70). Para isto, Ferenczi sublinha que é necessário que o analista demonstre uma atitude *amistosamente benevolente* (*freundlich wohlwollende*) que seja sentida pelo analisando, sem que isto implique no abandono da análise do material transferencial. Ainda acerca da atitude do analista para com o paciente, Ferenczi destaca que não se deve tratá-lo com *uma severidade ou um amor fingidos*, deixando de respeitar a principal regra da psicanálise que é a *sinceridade* (FERENCZI, 1930/2011).

Ferenczi teme ser mal compreendido e por isso sublinha que a sua proposta não implica no abandono da atitude de observação e interpretação do material inconsciente em favor de uma tolerância ilimitada. O objetivo do novo procedimento, como explicita Mezan (2014), é vencer, mais uma vez, as resistências, mas, agora, em um sentido oposto ao da técnica ativa, pois “em vez de aplicar uma contra força, aposta na diminuição da necessidade de se proteger estimulando o desenvolvimento da confiança na benevolência do analista” (MEZAN, 2014, p. 346). Em seu *Diário clínico* (1932) ele indica, por exemplo, em uma nota de 7 de janeiro, que “a *naturalidade* e a *honestidade do comportamento* constituem o clima mais adequado e mais favorável à situação analítica” (FERENCZI, 1932/1990, p. 44, grifo do autor). Contudo, não se trata também de proteger o paciente do sofrimento, pois “de um ponto de vista teórico, é evidente que o paciente deve aprender, na análise, a suportar o sofrimento que acarretou o recalçamento” (FERENCZI, 1930/2011, p. 70). Trata-se, portanto, de trabalhar com os dois princípios – frustração e *laisser-faire* – para que não se inflija ao paciente mais sofrimento do que o necessário, optando, desta forma, por uma “*economia do sofrimento*”. (FERENCZI, 1930/2011).

Todas essas medidas e atitudes convergem para a noção de *relaxamento*, que, para Ferenczi, tem o sentido de permitir uma maior liberdade aos pacientes, sobretudo, os mais graves. E para criar um ambiente mais livre, tolerante e acolhedor é necessário que o analista assuma uma postura mais espontânea, sensível e empática. Assim, os pacientes acabam por se expressar, no *setting*, através de modos bastante regredidos. O resultado da constituição desse ambiente é a criação de condições para o aparecimento, por exemplo, de reações históricas graves.

Em certos casos, esses acessos histéricos assumiam as proporções de um verdadeiro estado de transe, no qual fragmentos do passado eram revividos, e a pessoa do médico era então a única ponte entre o paciente e a realidade; tornava-se possível fazer perguntas ao paciente e obter informações importantes sobre partes dissociadas de sua personalidade. (FERENCZI, 1930/2011, p. 71).

Vemos, portanto, que o princípio de relaxamento e a atmosfera de confiança entre médico e paciente, proporcionam o surgimento de certos sintomas histéricos corporais que “conduziram, às vezes, a estágios do desenvolvimento em que, não estando o órgão do pensamento completamente formado, só eram registradas lembranças físicas.” (FERENCZI, 1930/2011, p. 74). Pelo relaxamento, camadas muito primitivas conseguiam ser acessadas, feito antes impossível através da aplicação unilateral da frustração. E o material que surgia desses estados de transe poderia, com a ajuda do analista, ser utilizado para fortalecer as reconstruções do passado do paciente, fazendo com que seus sintomas, antes expressos como símbolos mnêmicos corporais, fossem agora vividos como “uma verdadeira *lembrança*” (FERENCZI, 1930/2011, p. 70, grifo do autor).

Em seguida, Ferenczi explicita que esse estado de transe e as expressões que emergem de seus pacientes são comparáveis às manifestações catárticas descritas por Breuer e Freud. Contudo, ele marca uma diferença entre a *paleocatarse*, a catarse fragmentária e de efeitos passageiros estudada na época da hipnose, e a *neocatarse*. Nesta, Ferenczi explica que seus efeitos são:

como no caso de muitos sonhos, uma confiança oriunda do inconsciente, um sinal de que o nosso laborioso trabalho de construção analítica, a nossa técnica da resistência e da transferência, lograram finalmente alcançar a realidade etiológica. (FERENCZI, 1930/2011, p. 72).

Segundo Mezan (2014), a expressão “realidade etiológica” é uma das mais fortes que um psicanalista poderia utilizar, uma vez que ela significa que a causa da neurose, ou seja, as vivências que no passado a originaram, foram alcançadas. A neocatarse vivida pelo paciente seria então o resultado de uma regressão ao seu passado mais remoto, “tão remoto que não pode ser lembrado em palavras, e tem de se expressar em ‘símbolos mnésicos corporais’” (MEZAN, 2014, p. 347). A

técnica proposta por Ferenczi visa, justamente, à criação das condições necessárias à emergência desse material. De forma mais precisa, a técnica deve permitir que o paciente repita o “próprio traumatismo em condições mais favoráveis, [levando-o], pela primeira vez, à percepção e à descarga motora.” (FERENCZI, 1934/2011, p. 129)

Mezan (2014) extrai duas consequências diretas da tese de Ferenczi segundo a qual pelo relaxamento pode-se, via uma regressão mais profunda, alcançar a “realidade etiológica”. A primeira é a confirmação da importância do papel do analista na estruturação da situação analítica. Para o autor, essa confirmação é aceita atualmente, mas no início dos anos trinta gerou bastante polêmica, ao ponto de ter sido um dos elementos que compuseram a discordância entre Freud e Ferenczi no quesito da técnica. Para entendermos melhor o porquê da divergência, o autor explicita que do ponto de vista da abordagem clássica da técnica psicanalítica:

o comportamento do paciente é essencialmente determinado por conflitos intrapsíquicos, e mesmo o que ele narra das relações com seus próximos deve ser ‘traduzido’ em termos desses conflitos. Ora, na vertente ferencziana, ele é em medida nada desprezível um conjunto de reações ao que o analista instaura como ‘ambiente’, o que equivale a salientar o caráter *relacional* do processo. (MEZAN, 2014, p. 347, grifo do autor)

A segunda consequência foi ressaltada pelo próprio Ferenczi, a saber: voltar a “dar grande importância ao fator traumático original na equação etiológica das neuroses.” (FERENCZI, 1930/2011, p. 73). A neocatar-se, então, traz à tona a discussão acerca do trauma, mais precisamente, dos choques e conflitos reais sofridos pela criança nos relacionamentos com adultos. Ferenczi relata violências que vão desde uma incompreensão das necessidades de ternura do infante ou da negligência quanto a sua dor psíquica, passando pela rigidez disciplinar da educação até a hiperestimulação erótica e o abuso sexual. Ele enfatiza que são os choques e conflitos reais com o mundo externo, mesmo sendo posteriormente encobertos por defesas puramente psíquicas, que dão início às direções anormais da libido. Em suas palavras:

verificou-se que o traumatismo é muito menos frequentemente a consequência de uma hipersensibilidade constitucional das

crianças, que podem reagir de um modo neurótico até mesmo a doses de desprazer banais e inevitáveis, do que de um tratamento verdadeiramente inadequado, até cruel. As fantasias históricas não mentem, elas nos contam como pais e adultos podem, de fato, ir muito longe em sua paixão erótica pelas crianças; e por outro lado, são propensos, se a criança se presta a esse jogo semi-inconsciente, a infligir à criança totalmente inocente punições e ameaças graves, que a abalam e a perturbam, causam nela o efeito de um choque violento e são para ela inteiramente incompreensíveis. Hoje, estou de novo tentado a atribuir, ao lado do complexo de Édipo das crianças, *uma importância maior à tendência incestuosa dos adultos, recalçada e que assume a máscara da ternura.* (FERENCZI, 1930/2011, p. 73, grifo do autor).

Como podemos acompanhar, a experiência proporcionada pela neocatarse, mais precisamente, o material emergido dentro dos limites do princípio de relaxamento e da presença acolhedora do analista, traz a confirmação à hipótese ferencziana da importância primordial do fator ambiental na etiologia das patologias psíquicas, se contrapondo, assim, à psicanálise clássica que, segundo ele, se apoiava, exclusivamente, na origem intrapsíquica da neurose (FERENCZI, 1933/2011).

Esta hipótese já aparece de maneira explícita no artigo do ano anterior, “A criança mal acolhida e a pulsão de morte” (1929). Neste trabalho Ferenczi compreende a dinâmica da pulsão de morte através de sua ligação ou desligamento com a pulsão de vida³⁶. A partir da análise de distúrbios circulatórios e respiratórios de origem nervosa, casos de epilepsia típicos, de inapetência total e de emagrecimento, anatomicamente inexplicáveis, Ferenczi constata que tais tendências inconscientes à autodestruição estão atreladas à qualidade do acolhimento ambiental do infante. Para exemplificar essa tese, ele apresenta dois exemplos de pacientes que quando vieram ao mundo foram hóspedes não bem-vindos na família (FERENCZI, 1929/2011), ambos filhos de pais que viviam situações extenuantes.

(...) todos os indícios confirmam que essas crianças registraram bem os sinais conscientes e inconscientes de aversão ou de impaciência da mãe, e que sua vontade de viver viu-se desde então quebrada. Os menores acontecimentos, no decorrer da vida posterior, eram bastantes para suscitar nelas a vontade de morrer, mesmo que fosse compensada por uma forte tensão da vontade. Pessimismo moral e filosófico, ceticismo e

³⁶ Na tradução das *Obras Completas*, volume IV, feita pela editora Martins Fontes (2011), a palavra que aparece no texto é “destrinçamento das pulsões” (p. 57).

desconfiança, tornaram-se os traços de caráter mais salientes desses indivíduos. (FERENCZI, 1929/2011, p.57)

Nestes casos, devido a uma falha significativa no acolhimento por parte do ambiente, as crianças, posteriormente, se mostram desprovidas de vontade de viver. Ferenczi prossegue em seu artigo afirmando que estas situações indicam que “crianças acolhidas com rudeza e sem carinho morrem facilmente e de bom grado. Ou utilizam um dos numerosos meios orgânicos para desaparecer rapidamente.” (FERENCZI, 1929/2011, p. 58).

Devido à precocidade do trauma e da diminuição do prazer de viver expressa nesses casos, Ferenczi percebe que é necessário reduzir as exigências de trabalho dos pacientes, ou seja, flexibilizar as regras inerentes à técnica e se adaptar às particularidades de cada analisando. Assim, o analista/ambiente busca adaptar-se ao paciente³⁷, dentro de uma atmosfera de confiança e relaxamento, permitindo que este possa “desfrutar pela primeira vez a irresponsabilidade da infância, o que equivale a introduzir impulsos *positivos* de vida e razões para continuar existindo” (FERENCZI, 1929/2011, p. 59, grifo do autor). Para que essa atmosfera seja criada é fundamental que exista um nível bom de relaxamento, de (*laissez-faire*), no *setting*, no qual certas demandas do paciente possam ser gratificadas. Apenas dessa maneira, ele tem a possibilidade de viver aquilo que não pôde ser vivido devido ao trauma. Ferenczi faz ressalvas e sublinha certos limites ao princípio de relaxamento:

não será admitida a satisfação de desejos ativamente agressivos nem de desejos sexuais, assim como muitas outras exigências excessivas: o que fornece ao paciente numerosas ocasiões para aprender a renúncia e a adaptação. A nossa atitude amistosa e benevolente pode, sem dúvida, satisfazer a parte infantil da personalidade, a parte faminta de ternura, mas não a que logrou escapar às inibições do desenvolvimento e tornar-se adulta. (FERENCZI, 1930/2011, p.76)

O acesso ao núcleo traumático permitido pelo relaxamento forçou Ferenczi a redefinir o espaço analítico. Este será apresentado no artigo “Análises de

³⁷ Em “A adaptação da família à criança” (1927a) Ferenczi desenvolve a tese de que é a família/analista que deve se adaptar à criança/paciente, e não o contrário.

crianças com adultos” (1931) como um espaço de jogo³⁸, aproximando, assim, a análise com crianças da análise com adultos. Segundo Roussillon (1998), o princípio de relaxamento permitiu que o analista se endereçasse à criança que foi o paciente e que sobrevive no adulto que ele é agora. Em outras palavras, o relaxamento consegue, via enfraquecimento das resistências, entrar em contato com a parte infantil que foi clivada. O jogo se configuraria, então, a partir da entrada do analista na dimensão infantil em que está o paciente regredido, ambos se expressando pela linguagem da ternura. Assim, o problema que se coloca é o da comunicação: como se dirigir a um paciente em estado de profunda regressão? A essa questão Ferenczi responde que a fala do analista deve ser sensível e “adaptada à inteligência de uma criança” (FERENCZI, 1931/2011, p.83). O ideal seria criar um jogo, no qual duas crianças jogam (FERENCZI, 1931/2011). Desta maneira, se permitindo jogar com seus pacientes, Ferenczi constata que

esses jogos continham mais de uma realidade grave da infância. Obtive prova disso quando, a partir desses procedimentos mais ou menos lúdicos, alguns pacientes começaram a mergulhar numa espécie de transe alucinatório, durante o qual encenavam diante de mim acontecimentos traumáticos cuja lembrança inconsciente estava igualmente dissimulada atrás das verbalizações lúdicas. (FERENCZI, 1931/2011, p. 83)

Para Kupermann (2008), o principal aspecto da “análise como jogo” é a maneira pela qual Ferenczi pensa a produção de sentido que se dá na situação analítica. O sentido se produz “no próprio exercício sensível do brincar, sendo que a sua interrupção por intermédio de qualquer apelo intelectual ou furor interpretativo destacado da experiência, só poderia mesmo estragar o jogo” (KUPERMANN, 2008, p. 83).

Segundo Bokanowski (2000), dentro desse novo enquadre, o analista passou a entrar em contato com a criança no paciente, e a tomar conhecimento dos traumatismos sofridos. A consequência imediata dessa formulação, que será apresentada em seguida, é o relançamento da discussão acerca do trauma e da teoria da sedução em seus aspectos desestruturantes e patológicos.

³⁸ Ferenczi aproxima a sua concepção de análise pelo jogo da clínica com crianças, que começava a ser praticada por um grupo de pioneiras, como, por exemplo, Hug-Hellmuth, Melanie Klein e Anna Freud (FERENCZI, 1931/2011).

4.3

O trauma em Ferenczi: seus efeitos patológicos e o último recurso para superá-los

Segundo Pinheiro (1995), o conceito de trauma em Ferenczi pode ser apresentado a partir de duas concepções. A primeira diz respeito aos traumas que possibilitam uma reorganização psíquica, ou seja, eles são estruturantes e contribuem para o desenvolvimento do sujeito. Alguns exemplos de traumas necessários à constituição subjetiva seriam a castração e o aprendizado das normas pela criança. Por outro lado, a segunda é composta por traumas que, devido a sua intensidade, impossibilitam uma reorganização interna e uma integração do psiquismo. Não podemos deixar de acrescentar dois elementos que exercem um papel fundamental nas experiências traumática desestruturantes, são eles: a *surpresa* e o *desmentido*. Nesta seção, iremos apreciar apenas a segunda concepção de trauma com seu respectivo modelo e também seus efeitos patológicos.

O modelo através do qual Ferenczi pensa o trauma se encontra no artigo “Confusão de língua entre os adultos e a criança” (1933). Neste, podemos destacar três tipos de situações traumáticas: o amor forçado, as medidas punitivas insuportáveis e o terrorismo do sofrimento (FERENCZI, 1933/2011). De maneira esquemática, a dinâmica do trauma que se encontra no amor forçado se caracteriza pela sedução, geralmente incestuosa, sofrida pela criança. O segundo tipo se dá a partir de atos físicos violentos infligidos por adultos como punição ao que era vivido pela criança, até então, como brincadeira. Nas palavras de Ferenczi:

os delitos que a criança comete, de brincadeira, só passam a ter um caráter de realidade pelas punições passionais que recebem de adultos furiosos, rugindo de cólera, o que acarreta numa criança, não culpada até então, todas as consequências da depressão. (...) não há choque, nem pavor, sem um anúncio de clivagem da personalidade. (FERENCZI, 1933/2011, p.119)

O terrorismo do sofrimento, de maneira distinta, não pressupõe atos de violência física ou sexual, no entanto, os danos são igualmente graves. Nesta situação, há uma inversão de papéis, onde a criança é coagida a agir como cuidador de um adulto em quem ela confia e do qual depende.

Uma mãe que se queixa continuamente de seus padecimentos pode transformar seu filho pequeno num auxiliar para cuidar dela, ou seja, fazer dele um verdadeiro substituto materno, sem levar em conta os interesses próprios da criança. (FERENCZI, 1933/2011, p. 121)

Em última instância, “as crianças carregam sobre seus frágeis ombros fardos de todos os outros membros da família”. (FERENCZI, 1933/2011, p. 121). O terrorismo dessa situação aprisiona a criança em uma situação na qual ela deve cuidar da mãe/ambiente que deveria cuidar dela. Vale ressaltar que a criança não faz isso de forma desinteressada, mas para “poder desfrutar de novo a paz desaparecida e a ternura que daí decorre.” (FERENCZI, 1933/2011, p. 121).

Ainda nesse artigo, Ferenczi retoma a tese apresentada em “Princípio de relaxamento e neocatarse” (1930) - na qual são sempre perturbações e conflitos reais com o mundo exterior que provocam traumas - para pensar o processo traumático partir da linguagem. Articulando sexualidade e linguagem, Ferenczi estabelece a diferença entre a linguagem da criança, relacionada à ternura, e a linguagem do adulto, referida à paixão. A linguagem da ternura seria composta por aspectos pré-genitais, enquanto a do adulto seria tipicamente genital. Esta diferença, que já poderia por si só constituir um fator traumático, ganha um sentido propriamente patológico quando ocorre em situações de sedução, punição ou abuso psicológico. A violência traumática que está em jogo na relação da criança com o adulto deriva da confusão da linguagem da criança com a linguagem dos adultos, ou seja, quando as atitudes passionais dos adultos entram em confronto com a ternura da criança. Assim, temos a perspectiva das crianças que “nada mais pedem do que serem tratadas delicadamente, com ternura e doçura.” (FERENCZI, 1932/1990, p. 115); e a dos adultos que “confundem as brincadeiras infantis com os desejos de uma pessoa que atingiu a maturidade sexual, e deixam-se arrastar para a prática de atos sexuais sem pensar nas consequências”. (FERENCZI, 1933/2011, p. 116).

Além das atitudes passionais por parte dos adultos, Ferenczi destaca que outro momento traumático fundamental é quando ocorre o *desmentido*, ou seja, o momento no qual a criança busca a confirmação da ocorrência do evento traumático, mas o adulto nega a existência do ocorrido, reforçando, assim, a identificação da criança com o agressor. No artigo “Análises de crianças com

adultos” (1931), Ferenczi já explicita a importância do desmentido na origem do trauma, quando escreve que

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. (FERENCZI, 1931/2011, p. 91)

Nessa concepção, o fator traumático por excelência diz respeito ao ambiente, ou seja, à maneira pela qual ele acolhe a criança: se ela tem o seu pedido de ajuda repellido ou entendido como tolice (FERENCZI, 1933/2011), ou se é compreendida e acolhida com sinceridade. Para Bokanowski (1996), os conflitos entre Freud e Ferenczi situados no início dos anos 30 se tornaram inevitáveis, justamente, devido a tais investigações em torno do conceito de trauma. Na visão de Freud, afirmar que a compulsão a repetição resulta de uma situação traumática real é enfatizar erroneamente o objeto responsável e subestimar os recursos que a mente possui para transformar o trauma e o sofrimento psíquico a ele associado. De forma distinta, para Ferenczi, o ambiente tem sim uma importância crucial, tanto no sentido da constituição da experiência traumática patológica, como também no amortecimento e possível anulação do seu impacto sobre a criança. É nesse sentido que Ferenczi destaca que

tem-se mesmo a impressão de que esses choques graves são superados, sem amnésia nem sequelas neuróticas, se a mãe estiver presente, com toda a sua compreensão, sua ternura e, o que é mais raro, uma total sinceridade. (FERENCZI, 1931/2011, p. 91)

Ainda acerca do desmentido, Ferenczi descreve em seu *Diário clínico* (1932) o insuportável sentimento de solidão e de desamparo que decorre desse momento. A criança experimenta uma sensação de total desesperança em relação ao mundo externo, pois este não pôde ajudá-la, nem compreendê-la. Ainda no *Diário*, ele explora outros elementos igualmente importantes para a efetivação de um trauma: “o imprevisto, o inexplorável, o incalculável” (FERENCZI, 1932/1990, p. 215). Estamos, então, diante do fator *surpresa*, tal como postulado

em 1920 por Freud³⁹. Pinheiro (1995) explicita que a surpresa se apresenta em dois tempos: inicialmente como a reação ao desconhecido da linguagem da paixão e, posteriormente, do desmentido (PINHEIRO, 1995). De maneira mais detalhada, em um primeiro momento há a surpresa do (des) encontro das linguagens, como por exemplo, quando a criança se vê diante da complexidade da linguagem do adulto e do seu sentimento de culpa. Neste caso, “a complexidade dos sentimentos experimentados pelo adulto, com os quais a criança vai se defrontar, ultrapassa a sua possibilidade de absorção”. (PINHEIRO, 1995, p. 80). Em um segundo momento, há a surpresa que resulta da não correspondência entre a expectativa que a criança tinha no ambiente e a maneira como ele respondeu a ela. Em outras palavras, a criança se surpreende quando, ao narrar o evento ocorrido àquele adulto sobre o qual depositava uma confiança cega, este lhe dá uma resposta que não corresponde à sua expectativa⁴⁰ (geralmente descreditando o relato da criança).

Após essa breve explanação acerca do modelo do trauma descrito por Ferenczi, iremos nos deter em seus efeitos. No *Diário clínico* (1932) há uma passagem na qual Ferenczi explicita que a comoção psíquica é

[uma] reação a uma excitação externa ou interna num modo mais autoplástico (que modifica o eu) do que aloplástico (que modifica a excitação). Essa neoformação do eu é impossível sem uma prévia destruição parcial ou total, ou sem a dissolução do eu precedente. Um novo Ego não pode ser formado diretamente a partir do Ego precedente, mas a partir de fragmentos, produtos mais ou menos elementares da decomposição deste último. (Explosão, pulverização, atomização.) A força relativa da excitação “insuportável” determina o grau e a profundidade da decomposição do Ego (...) (FERENCZI, 1932/1990, p. 227).

Por ausência de defesas mais consistes à situação traumática, o ego efetua uma tentativa de apagar definitivamente o acontecido. Assim, uma dor “não experimentada” ou “anestesiada” por meio de clivagens no ego tem o objetivo de fazer o sujeito retornar à tranquilidade anterior e não permitir o acesso ao

³⁹ “No caso das neuroses traumáticas comuns, duas características surgem proeminentemente: primeira, que o ônus principal de sua causação parece repousar sobre o fator da *surpresa*, susto, e, segunda, que um ferimento ou dano infligido simultaneamente operam, via de regra, contra o desenvolvimento de uma neurose.” (FREUD, 1920/1976, p. 23, grifo nosso).

⁴⁰ Para uma melhor compreensão, há uma passagem do *Diário clínico* (1932) do dia 6 de março de 1932, onde Ferenczi explicita as noções de “surpresa”, “confusão” e “adaptação”.

psiquismo de partes insuportáveis da experiência traumática. A clivagem enquanto mecanismo de defesa arcaico opera uma ruptura que resulta na destruição brutal de uma parte do ego, deixando subsistir uma “outra que, de certo modo, sabe tudo, mas nada sente” (FERENCZI, 1931/2011, p. 88). Em termos da experiência do indivíduo, a clivagem

[cava] um buraco na própria história, afastando das trocas psíquicas uma parte de seu próprio ego. O sujeito que sofre um trauma mata uma parte de si próprio. O trauma pratica no sujeito um assassinato em que ele é, ao mesmo tempo, o assassino e a vítima. (PINHEIRO, 1995, p.89)

Essas partes dissociadas da personalidade podem conviver de forma simultânea e independente uma da outra, buscando tornar o conflito psíquico inexistente (FERENCZI, 1932/2011).

Ainda acerca dos efeitos do trauma, Ferenczi destaca, no artigo “Confusão de línguas entre os adultos e a criança” (1933), os conceitos de regressão e de progressão traumáticas. De forma sucinta, a primeira se refere a uma tentativa por parte da criança de voltar ao período que antecede ao trauma, com o intuito de tornar o choque inexistente. Em seguida, ele apresenta a progressão traumática da seguinte maneira:

uma aflição extrema e, sobretudo, a angústia da morte, parecem ter o poder de despertar e ativar de súbito disposições latentes, ainda não investidas, e que aguardavam tranquilamente sua maturação. A criança que sofreu uma agressão sexual pode, de súbito, sob a pressão da urgência traumática, manifestar todas as emoções de um adulto maduro, as faculdades potenciais para o casamento, a paternidade, a maternidade, faculdades pré-formadas nela. Nesse caso, pode-se falar simplesmente, para opô-la à regressão de que falamos de hábito, de progressão traumática (patológica) ou de prematuração (patológica). Pense-se nos frutos que ficam maduros e saborosos depressa demais, quando o bico de um pássaro os fere, e na maturidade apressada de um fruto bichado. (FERENCZI, 1933/2011, p.119)

Essa explicação de Ferenczi nos remete à metáfora do “bebê sábio”⁴¹, retomada por ele em “Análise de Crianças com Adultos” (1931) para exemplificar casos nos quais houve uma progressão traumática. Em sua clínica, ele observa que alguns

⁴¹ A metáfora do “bebê sábio” foi apresentada pela primeira vez em 1923, no artigo “Sonho do bebê sábio”.

pacientes em estado de profundo relaxamento (transe), relatavam histórias de como tomavam as rédeas de uma situação ainda com idade insuficiente para isto, e ao serem indagados sobre estes relatos, falavam de traumatismos sofridos no começo da infância (FERENCZI, 1931/2011). Dois anos mais tarde, no texto “Confusão de língua entre os adultos e a criança” (1933), Ferenczi retoma o exemplo do “bebê sábio” para ilustrar como uma pessoa pode, repentinamente, amadurecer após um choque traumático. Nessas situações, o impacto provindo do ambiente acarreta uma clivagem da personalidade, fazendo com que o infante tenha que renunciar uma parte de seu ego e de seus afetos, para poder desempenhar a função de outrem para com ele. A criança é obrigada a cuidar de si própria e, levada ao extremo, também cuidará dos que estão a sua volta.

Articulando estas situações traumáticas com a clínica, Ferenczi busca, através da regressão alcançada pelo princípio de relaxamento, reparar os traumas infantis. A regressão ao infantil proporcionada por uma situação terapêutica possibilita que o analista tenha acesso ao núcleo traumático do paciente, e que este possa, agora, usufruir daquilo que, em decorrência do trauma, não foi possível ser vivido. No entanto, para que essa reprodução obtenha um resultado distinto do vivido no passado, é preciso haver algo que marque essa diferença e que seja percebida pelo paciente para que, assim, ele possa elaborar e superar seus traumatismos. Essa diferença, porém, “não pode provir dele [do paciente], visto que está a revivê-los. Ela procede do ambiente, moldado pelo analista” (MEZAN, 2014, p. 349).

Em “Confusão de línguas entre os adultos e a criança” (1933), Ferenczi explicita esse fator diferencial e estabelece, ao mesmo tempo, uma crítica a técnica clássica. Em suas palavras:

ter descoberto e resolvido esse problema puramente técnico abriu-me acesso a um material escondido, ou ao qual até agora se dera muito pouca atenção. A situação analítica, essa fria reserva, a hipocrisia profissional e a antipatia a respeito do paciente que se dissimula por trás dela, e que o doente sente com todos os seus membros, não difere essencialmente do estado de coisas que outrora, ou seja, na infância, o fez adoecer. Nesse momento da situação analítica, se forçássemos, além disso, o doente à reprodução do trauma, o estado de fato tornarse-ia insuportável; não deve surpreender que a reprodução não tenha podido ter um resultado diferente, nem melhor, do que o próprio trauma primitivo. Mas a capacidade de admitir os

nossos erros e de renunciar a eles, a autorização das críticas, fazem-nos ganhar a confiança do paciente. (FERENCZI, 1933/2011, p. 114)

Segundo Ferenczi, devemos atentar para as reais causas dos traumatismos sofridos por nossos pacientes, pois, mais do que se costuma pensar, eles se devem ao fato dos adultos terem ido muito longe em sua paixão erótica pelas crianças. Traumatizada, ela adquire uma personalidade dissociada, que se caracteriza principalmente como uma clivagem da subjetividade. Além de estar atento aos traumas vividos pelo paciente, devemos também estar alertas àqueles que podemos, como analistas rígidos, reavivar de forma não terapêutica. Para Roussillon (1998), o analista que não reconhece seus erros e que recusa hipocritamente as críticas endereçadas a ele, acaba reproduzindo as mesmas atitudes do ambiente que, no passado, negaram a intensidade dos traumas sofridos pela criança. Desta maneira, o paciente repete a experiência traumática de maneira muito similar à de outrora.

Retomemos, então, o *princípio de relaxamento e a neocatarse* cuja ideia central é criar um ambiente no qual o trauma possa ser revivido em uma dimensão de repetição diferencial dentro de uma situação de confiança. Para isso, o analista deve “adotar um atitude empática, calorosa, permissiva, sincera, destinada a oferecer ao analisante um outro resultado ao trauma (do passado).” (ROUSSILLON, 1998, p. 105). Dito de outra forma, o analista deve ser visto por seu paciente como uma pessoa real, que também erra e é capaz de admitir seu erro. Tratam-se de certas atitudes do analista que visam o estabelecimento de uma *atmosfera de confiança*, sendo esta o elemento que marca o “*contraste entre o presente e um passado insuportável e traumatogênico*” (FERENCZI, 1933/2011, p. 114, grifo do autor).

Deste modo, a situação analítica deve favorecer uma regressão terapêutica profunda, que retorne ao momento de ternura anterior à invasão passional. Porém, não basta o ambiente oferecer as condições à regressão, o paciente também deve estar em condições de acolhê-la para que, enfim, possa iniciar uma nova progressão, desta vez não traumática. Assim, segundo Ferenczi, há a possibilidade de propiciar a integração das partes do psiquismo que foram clivadas e retirar o paciente do ponto traumático em que estava fixado/congelado.

Para Ferenczi a conclusão da análise é a mesma coisa que a perlaboração (*durchgearbeitet*) das cicatrizes dos traumas, e o indicativo desse momento é quando o indivíduo se tornou capaz de “aceitar a cota de desprazer que a vida impõe a todos nós, e de ‘buscar a felicidade lá onde ela é possível’, isto é, no convívio com outros seres humanos” (MEZAN, 2014, p. 349). É justamente a possibilidade de considerar os outros indivíduos, os outros humanos, como fonte de amor, e não apenas de sadismo, ou seja, ter superado o pavor de que os outros repitam a crueldade e a hipocrisia dos adultos de sua infância.

Segundo Mezan (2014) as últimas contribuições de Ferenczi à psicanálise justificam tomá-lo como ponto de partida de uma corrente cuja ênfase será o ambiente no qual o sujeito se desenvolveu, e, no âmbito da técnica, recomendar uma postura que leve em consideração o fator ambiental. A escola que deriva dessa postura inaugural seria a escola das relações de objeto cujo fundamento baseia-se em uma visão na qual o psiquismo se constitui a partir de um núcleo relacional, e não mais, exclusivamente, pulsional.

Após apresentarmos as principais modificações técnicas de Ferenczi, podemos constatar que ele não poupou esforços em buscar de novos caminhos àqueles que não respondiam bem à técnica clássica. Em seu artigo “Análises de crianças com adultos” (1931), explicou que o motivo de empreender tais modificações foi:

uma espécie de fé fanática nas possibilidades de êxito da psicologia de profundidade fez-me considerar os eventuais fracassos menos como consequência de uma ‘incurabilidade’ do que de nossa própria inépcia, hipótese que me levou necessariamente a modificar a técnica nos casos difíceis, em que era impossível obter êxito com a técnica habitual. (FERENCZI, 1931/2011, p.81)

Sempre tomando a posição do analista como sendo o único elemento passível de ser alterado na situação analítica, pudemos acompanhar uma intensificação da implicação do analista no processo analítico. Na esteira das modificações ferenczianas ainda há uma “técnica” a ser apresentada, e que talvez seja o ponto máximo da radicalização da participação/implicação do analista. A técnica em questão não chegou a ser publicada e se encontra apenas nas notas de

seu *Diário clínico* (1932), sendo assim, uma experiência não formalizada: esta recebeu o nome de *análise mútua*.

O germe da análise mútua surge da proposta de uma paciente, *R.N.*, cujo tratamento se encontrava estancado. A paciente estava convicta de que o obstáculo à análise derivava da transferência negativa de Ferenczi, e que esses sentimentos de ódio deveriam ser por ela analisados. Podemos acompanhar pelas notas do dia 5 de maio de 1932 que Ferenczi estava ciente do perigo inerente a essa proposta, mas, interessado pelo material que poderia emergir dessa nova configuração, ele a aceita. A inversão de papéis e a extrema atenuação da assimetria analista/paciente modificam radicalmente as condições do enquadre e, paulatinamente, exigem o estabelecimento de alguns limites. Assim, a análise mútua deveria ser um recurso utilizado apenas com certos pacientes, sobretudo, com aqueles que se encontram em análise didática⁴². Nas notas aparecem apenas três casos: *R.N.* (Elisabeth Severn), *Dm.* (Clara Thompson) e “*B*”⁴³. Ferenczi também destaca que a análise mútua só poderia ser utilizada por analistas experientes e suficientemente analisados.

Para compreendermos a proposta da análise mútua, Kupermann (2008) indica que devemos primeiro investigar a maneira pela qual Ferenczi concebe os fenômenos transferenciais a partir das notas de seu *Diário clínico* (1932). Segundo o autor, a transferência para Ferenczi é produzida *no encontro* entre o analista o analisando. Essa formulação exige, portanto, que o analista esteja implicado na maioria das manifestações dos seus pacientes. Outra consequência que podemos extrair desse ponto de vista, é a ampliação da concepção da transferência, pois esta, na tradição psicanalítica, é apresentada como um fenômeno que, no *setting*, se instaura de maneira espontânea, “sem que se considere suficientemente o modo como ela é efetivamente produzida pela própria oferta de uma modalidade bastante específica de escuta.” (KUPERMANN, 2008, p. 131). No que tange à contratransferência, esta foi apresentada como uma reação indesejada ao impacto dos afetos provindos do analisando. No artigo

⁴² Ferenczi também considera que a análise mútua pudesse ser utilizada em pacientes em análise convencional, mas apenas se o paciente tivesse a possibilidade psíquica de tolerar a “mutualidade”. (FERENCZI, 1932/1990)

⁴³ Segundo Avello (2006) ainda há dúvidas quanto à identificação do paciente, mas algumas notas e fragmentos indicam que seria Izette De Forest, autora de “The Leaven of love”.

“Observações sobre o amor transferencial” (1913), por exemplo, Freud escreve que:

a experiência de se deixar levar um pouco por sentimentos ternos em relação à paciente não é inteiramente sem perigo. [...] não devemos abandonar a neutralidade para com a paciente, que adquirimos por manter controlada a contratransferência [...] O tratamento deve ser levado a cabo na abstinência (FREUD, 1913/2006, p. 182)

Kupermann (2008) explicita que em Ferenczi a contratransferência não é mais abordada como sendo uma reação indesejada por parte do analista que comprometeria o bom andamento da análise, e por isso, deveria ser evitada. Segundo o autor, a contratransferência apresentada no *Diário clínico*:

abrangeria tanto a expressão dos afetos oriundos dos próprios investimentos transferenciais do psicanalista quanto as resistências e pontos cegos nele suscitados pelo impacto dos afetos a ele endereçados; mas, além disso, abrangeria também a expressão de afetos inéditos suscitados no encontro analítico, precisando, como um último recurso em muitos casos, ser desvelada, isto é, ser ‘confessada’ ao analisando, para que o tratamento pudesse prosseguir. (KUPERMANN, 2008, p. 133)

Dessa maneira, ao conceber a experiência analítica como um campo de mútua afetação, no qual os afetos do analista estão implicados nos fenômenos transferências e na estruturação da situação analítica, Ferenczi experimentará seu último recurso técnico. Assim, sempre buscando aumentar a atmosfera de confiança e, com isso, favorecer a relação terapêutica e o acesso ao núcleo traumático, a análise mútua eleva ao máximo a *elasticidade* (1928) e o *relaxamento* (1930) da técnica. A sinceridade constitui, mais uma vez, um elemento fundamental, pois se esperava que tudo fosse falado, sentimentos positivos e negativos. A novidade, então, se encontra na mutualidade da situação analítica. O analista poderia, então, se tornar objeto de interpretação pelo próprio paciente, caso fosse necessário, e ser, igualmente, sincero em relação às suas próprias aflições, dificuldades e sentimentos. Ao permitir que o paciente tivesse contato com um analista real, um sujeito que também possuía suas angústias e limitações (FERENCZI, 1932/2011), Ferenczi buscava superar tanto o aspecto

artificial do comportamento do analista (a hipocrisia profissional), quanto a repetição traumática da relação criança-adulto.

Segundo Avello (2006) a análise mútua pode ser considerada como um experimento falido, que após a duração de seis meses foi descartada. No caso de R.N., por exemplo, Ferenczi observa que a mudança do enquadre engendrada pela análise mútua agravou o caráter tirânico de sua paciente que “começa a exigir ajuda financeira em contrapartida das *minhas* análises com ela (...) percebo que a minha capacidade de trabalho está seriamente ameaçada (...)” (FERENCZI, 1932/1985, p. 94). Após três meses, em uma nota datada do dia 3 de junho de 1932, Ferenczi decide abandonar esta prática, destacando: “Análise mútua: somente um recurso usado na falta de coisa melhor” (FERENCZI, 1932/1985, p.172). Podemos dizer, então, que a análise mútua faz jus à concepção apresentada em “Elasticidade da técnica psicanalítica” (1928), na qual a análise é pensada como um “processo evolutivo que se desenrola sob os nossos olhos, e não como o trabalho de um arquiteto que procura realizar um plano preconcebido”. (FERENCZI, 1928/2011, p. 32). Assim, Ferenczi se deparou com estagnações imprevistas que lhe exigiram a utilização de novas ferramentas técnicas. Em seguida, ele experimentou o recurso, constatou suas dificuldades e perigos, e o abandonou.

Como podemos ver ao longo desse trabalho, Ferenczi não permitia ser paralisado por um eventual limite técnico ou impasse que surgisse em sua clínica, mesmo que isso lhe exigisse alguns desvios teóricos. Acolhendo em sua clínica uma série de casos considerados intratáveis pela técnica psicanalítica de sua época, seu espírito investigativo sempre buscou ampliar os limites terapêuticos. Essa mesma postura lhe rendeu o apelido pejorativo de “enfant terrible” da psicanálise⁴⁴, e, dois anos mais tarde, Freud lhe escreve criticando-o por possuir um *furor sanandi*⁴⁵.

Após oitenta anos de sua morte, hoje podemos afirmar que foi a sua disponibilidade ao acolhimento, aliada ao profundo e rigoroso conhecimento da psicanálise, que o tornou “para muitos a pedreira donde eles extraem o material para seus 'novos' edifícios, muitas vezes sem indicar onde fizeram suas

⁴⁴ Ferenczi recebe esse apelido após apresentar o artigo “Princípio de relaxamento e neocartese”, em 1929.

⁴⁵ Correspondência Ferenczi-Groddeck, Payot, Paris 1982, p. 71-75.

descobertas" (SABOURIN, 1985, p. 290). Ferenczi deixou como herança uma rica problematização acerca dos limites da técnica psicanalítica, uma ampla descrição do processo psicanalítico, assim como novas abordagens teóricas e clínicas. Dentre os conceitos e temáticas mais difundidos, destacam-se os temas da introjeção e da projeção, da dimensão intersubjetiva da clínica, da escuta empática, da contratransferência e, sobretudo, do trauma.

Na próxima seção, apontaremos como as reflexões de Ferenczi sobre a técnica e a sua compreensão do trauma podem nos servir de orientações para as novas modalidades de sofrimento e de expressão do mal-estar que se apresentam na contemporaneidade. A elasticidade que propõe à técnica psicanalítica, assim como a ênfase no aspecto terapêutico da regressão e o papel do ambiente na constituição do trauma formam a base para o estudo de casos cujo psiquismo se constituiu de maneira precária, com dificuldades de simbolização e de lidar com a angústia.

5.

Herança e atualidade de Sándor Ferenczi

Pertencente à primeira geração da psicanálise, Ferenczi foi reconhecido em sua época como um exímio clínico e grande conhecedor da psicanálise. Em 1914, por exemplo, Freud faz menção a ele quando, no artigo “História do movimento psicanalítico” (1914b), escreve: “da Hungria, geograficamente tão perto da Áustria, e cientificamente tão distante, surgiu um único colaborador, S. Ferenczi, mas que, em compensação, vale por uma sociedade inteira” (FREUD, 1914b/1974, p. 45). Mais tarde, em 1933, em seu necrólogo, Freud escreve que os trabalhos de Ferenczi “fizeram de todos os analistas seus discípulos” (FREUD, 1933/1994, p. 224) e que “é impossível imaginar que a história da nossa ciência venha a esquecê-lo” (FREUD, 1933/1994, p. 225).

Contudo, a trajetória e a produção teórico-clínica de Ferenczi foram silenciadas por muitos anos, sobretudo, a partir dos esforços de Ernest Jones. Podemos encontrar na abertura do artigo “Análise de crianças com adultos” (1931), o descontentamento de Ferenczi com a postura da *International Psychoanalytical Association*, que o considerou um herege, um *enfant terrible*, após a apresentação do ensaio “Princípio de relaxamento e neocatarse” (1930) no XI Congresso Internacional de Psicanálise em Oxford, em 1929. Em relação a esse período, a leitura de Jones consiste em tratar as inovações técnicas e teóricas apresentadas no final da década de 20 e início da de 30, como sendo nada mais do que uma manifestação precoce do delírio psicótico de Ferenczi, que teria, posteriormente, se apresentado em sua forma completa. Vemos, portanto, que a diversificada produção teórica de Ferenczi, uma vez que se constituiu como um polo divergente à direção da IPA, foi alvo de uma grave tentativa de invalidação, sobretudo, a partir de sua vinculação por Jones à produção de um psicótico (BOKANOWSKI, 1996).

Nas últimas décadas, podemos acompanhar um crescente retorno aos trabalhos de Ferenczi. Em relação a essa retomada de suas teses, não podemos deixar de sublinhar todo o trabalho de Michael Balint, seu eminente discípulo, que além de ter tomado como base as inúmeras contribuições ferenczianas, nunca se omitiu em citá-lo e fazer jus à sua obra. Não obstante, o atual retorno à Ferenczi

tem se manifestado, sobretudo, a partir dos impasses que a clínica contemporânea impõe à psicanálise. Em outras palavras, vemos diversos autores contemporâneos recorrendo ao percurso traçado por Ferenczi, com o intuito de repensar as atuais dificuldades teórico-clínicas (BIRMAN, 2014).

Vimos em Ferenczi uma mudança de paradigma e um estilo clínico baseado na qualidade do encontro afetivo que se estabelece entre o analista e o analisando. Nesse sentido, a sua teorização acerca da clínica passa a dar ênfase à capacidade de afetar e de ser afetado na relação analista/paciente; concepção que marca uma distinção em relação aos analistas de sua época que priorizavam exclusivamente a palavra e a posição de neutralidade. Cabe destacarmos que Ferenczi recebia em sua clínica os ditos “casos difíceis”, aqueles que, segundo os critérios da época, não desenvolviam uma neurose de transferência completa, mas oscilavam entre esta e uma neurose narcísica inalisável. Assim, suas inovações técnicas buscavam responder às diversas questões referentes à eficácia do dispositivo analítico diante de certos tratamentos e conjunturas complexas. Buscando, portanto, ampliar os limites terapêuticos, Ferenczi deixou como herança uma rica problematização acerca dos limites da técnica psicanalítica, uma ampla descrição do processo psicanalítico, assim como novas abordagens teóricas e clínicas.

Antes de apresentarmos como as suas proposições técnicas (*elasticidade*) e teóricas (sua concepção sobre o *trauma*) podem nos servir de orientação para pensarmos as novas modalidades de sofrimento e de expressão do mal-estar, pontuaremos a influência que sua obra teve no trabalho de diversos psicanalistas, sobretudo, em Michael Balint e Donald Winnicott. Vale ressaltar que devido à amplitude das teses e contribuições teóricas e clínicas dos autores que serão mencionados, nosso objetivo será apenas de indicar alguns caminhos percorridos por psicanalistas cujo estudo se aproxima das hipóteses de Ferenczi, sem nos determos, portanto, na especificidade teórica de cada um dos autores.

5.1

A herança de Ferenczi nas diversas tradições psicanalíticas

Para Figueiredo (2002), Avello (1998, 2006), Haynal (2002) e Sabourin (2011), podemos considerar Ferenczi como o pioneiro da clínica psicanalítica contemporânea. Este estatuto lhe faz justiça devido a algumas de suas proposições técnicas que, hoje, seriam consideradas imprescindíveis. Dentre elas destacam-se a importância conferida à *regressão*, a *empatia* do analista, a *elasticidade* da técnica, o *relaxamento* (*Nachgiebigkeit*) e a *sinceridade*, assim como o estudo acerca das clivagens traumáticas. Todos esses elementos estão a serviço do estabelecimento de uma regressão terapêutica, método que é considerado indispensável para o tratamento de pacientes difíceis e traumatizados, como *borderlines*, pacientes limítrofes e psicóticos. Segundo os autores, esse conjunto de elementos permeou o campo psicanalítico, sobretudo, na *Escola Inglesa*, representada, entre outros, por Melanie Klein, Herbert Rosenfeld, Wilfred Bion, Michael Balint e Donald Winnicott.

Para Figueiredo (2002) e Sabourin (2011), podemos trilhar a influência dos trabalhos de Ferenczi para além da sua terra natal, onde muitos psicanalistas da *Escola Húngara* foram continuadores diretos de sua obra, como Vilma Kovács, Alice Balint, Michael Balint, Sándor Radó, entre outros. Nos Estados Unidos, por exemplo, seu pensamento chegou por intermédio de suas analisandas didatas, Elisabeth Severn, Izette De Forest e, sobretudo, Clara Thompson. Esta, em seu livro *Evolução da psicanálise* (1950), aponta interseções entre a discussão de Ferenczi acerca da *interação* analista-analisando e os trabalhos da *escola cultural de relacionamento interpessoal* cujos representantes foram Eric Fromm, Harry Stack Sullivan, K. Horney. Outro parentesco acentuado por ela diz respeito às pesquisas de Rosen, Moreno e Fromm-Reichmann. Ainda nos Estados Unidos, Sabourin (1988) destaca os trabalhos de Harold Searles⁴⁶ e Gregory Bateson⁴⁷ como desenvolvimentos frutíferos das pesquisas de Ferenczi. Em relação ao primeiro, o autor destaca a descrição que Searles nos fornece sobre o papel central do ambiente na etiologia das patologias psíquicas. Quanto ao segundo, Sabourin

⁴⁶ O trabalho de Harold Searles comentado por Sabourin (1988) é o *L'effort pour rendre l'autre fou*.

⁴⁷ Segundo Sabourin (1998), trata-se do trabalho *Ebauche d'une théorie de la schizophrénie – Ecologie de l'esprit*.

(1988) assinala a correspondência entre o que Bateson descreve como “dupla ligação” - em sua função de estabelecer uma *confusão* para garantir uma homeostase intrafamiliar - e o que foi descrito por Ferenczi como *desmentido* com relação ao impacto e a veracidade do evento traumático.

Na França, a principal herança de Ferenczi se encontra nas formulações teórico-clínicas de Nicolas Abraham e Maria Torok. Segundo Sabourin (1988), Abraham e Torok retomam o conceito de *introjeção*, apresentado por Ferenczi⁴⁸, assim como suas últimas contribuições sobre a questão do trauma⁴⁹. De modo geral, podemos destacar alguns eixos fundamentais da teorização estabelecida por Abraham e Torok (1986) relacionando-os ao símbolo psicanalítico, à ansemia, à introjeção e ao trauma. As interseções constituídas a partir desses eixos formam uma rede original e complexa que resulta na criação de novas figuras metapsicológicas, dentre as quais destacamos aqui *a cripta no seio do ego*. Tomando como ponto de partida a irrupção do trauma, Abraham e Torok irão destacar, a partir de Ferenczi, a distinção entre os mecanismos de *introjeção* e *incorporação*. Enquanto a introjeção é um processo lento e laborioso e está orientada no sentido de realidade, a incorporação aproxima-se da satisfação alucinatória do desejo, significando, assim, o fracasso da introjeção e a presença de um impedimento à elaboração das experiências vividas pelo indivíduo.

Na concepção desses autores sobre o trauma, aquilo que se configura como traumático não diz respeito à gravidade objetiva do evento, mas a impossibilidade do indivíduo em introjetar os diferentes elementos (sentimentos, emoções, pensamentos e imagens) que são mobilizados na situação vivida. Estes elementos, uma vez configurados como uma experiência indizível, serão incorporados no seio do ego e formarão uma nova configuração psíquica, a *cripta*⁵⁰. Assim, na teoria da criptonímia, o trauma é o sintoma de um segredo, de um código, encerrado no interior de uma tumba intrapsíquica cuja reparação

⁴⁸ O conceito é apresentado no artigo “Transferência e introjeção” (1909).

⁴⁹ Sobretudo o artigo “Confusão de línguas entre os adultos e a criança” (1933) e o *Diário Clínico*.

⁵⁰ Para Kaës a questão importante que se coloca a partir desta concepção de falha simbólica é a transmissão psíquica traumática, no sentido de uma transmissão inconsciente de uma dívida não paga e que será cobrada das gerações posteriores. Segundo o autor: “o enquistamento, no inconsciente de um sujeito, de uma parte das formações inconscientes de um outro, que vem, então, assombrá-lo, como um fantasma; a hipoteca de um mandato imperativo que o ancestral faria pesar sobre sua descendência.” (Kaës, 2011 [2005], p. 134).

consiste em trazê-lo à luz por um trabalho de deciframento executado pelo método anasêmico⁵¹.

Após essa breve exposição sobre os trabalhos de Abraham e Torok, destacaremos a incidência das teses ferenczianas na Inglaterra, nas obras de Donald Winnicott e Michael Balint, ambos filiados à *Sociedade Britânica de Psicanálise* e integrantes do *Middle Group* (um grupo constituído por psicanalistas independentes da polarização entre annafreudianos e kleinianos, instaurada de maneira explícita a partir de 1945⁵²).

Em um primeiro momento, abordaremos os trabalhos de Winnicott que, apesar de ter feito apenas uma única menção à Ferenczi⁵³, desenvolve e aprofunda a tese acerca da importância da adaptação do ambiente no processo de constituição subjetiva apresentada de maneira explícita em “Adaptação da família à criança” (1927a) e em “A criança mal acolhida e sua pulsão de morte” (1929). À sua maneira, Winnicott utiliza o termo *dependência* para formular como se dão os processos pertencentes ao desenvolvimento emocional em seus primórdios. De modo geral, o autor sustenta que o bebê, ao nascer, encontra-se em estado de *dependência absoluta*, o que exige um alto grau de adaptação do ambiente às suas necessidades. A mãe deve proporcionar ao recém-nascido um *ambiente suficientemente bom*, ou seja, favorável à evolução do ego e aos processos de maturação, onde não sejam exigidas reações à intrusão. Constitui-se, portanto, uma *unidade dual* entre a mãe e o bebê.

Em seu artigo sobre “A preocupação materna primária” (1956), Winnicott descreve o relacionamento peculiar do qual fazem parte a mãe e seu bebê, mostrando que existe, por um lado, a identificação da mãe com o bebê e por outro a dependência do mesmo em relação à sua mãe. Nesta fase a mãe se coloca como a

⁵¹ Segundo Abraham e Torok, o prefixo *ana* remete a um movimento que sempre “reenvia a”, mas que não avança em um sentido teleológico – em verdade, ora avança, ora retrocede, ora antecipa, ora retarda – e o sufixo *seme* diz respeito a uma unidade mínima de sentido. Nas palavras dos autores, anasemia é “um processo de problematização do significado dos signos de uma forma indeterminada.” (ABRAHAM; TOROK, 1986, p. 117).

⁵² Para uma investigação mais detalhada sobre esse momento de polarização da Sociedade Britânica entre o grupo de analistas filiados a Anna Freud e outro a Melanie Klein, ver: *As controvérsias Freud-Klein 1941-1945*, escrito por Pearl King e Riccardo Steiner e publicado pela editora Imago, 1998. .

⁵³ Winnicott faz referência ao artigo de 1931, “Análise de crianças com adultos”, em *O brincar e a realidade* (1975).

‘mãe devotada comum’, com sua capacidade de adaptar-se ativamente às necessidades de seu bebê proveniente de sua devoção, tornada possível por seu narcisismo, sua imaginação e suas memórias, que a capacitam saber através da identificação quais são as necessidades do bebê (WINNICOTT, 1956 [1949] /2000, p. 335).

De acordo com autor, “o fornecimento de um ambiente suficientemente bom na fase mais primitiva capacita o bebê a começar a existir, a ter experiências, a constituir um ego pessoal, a dominar os instintos e a defrontar-se com as necessidades inerentes à vida” (WINNICOTT, 1956/2000, p. 403). A mãe deve ser *suficientemente boa* e capaz de exercer a função que Winnicott denominou de *holding*. Thomas Ogden, em “Sobre sustentar e conter, ser e sonhar” (2010), define o *holding* como um conceito ontológico relacionado com o ser e sua relação com o tempo, pois, no início, “a mãe protege a continuidade do ser do bebê, em parte isolando-o do aspecto ‘não eu’ do tempo.” (OGDEN, 2010, p.121). Desta forma, a mãe protege a *continuidade do ser* de seu bebê, instaurando uma temporalidade em seu ego (com passado, presente e futuro), o que possibilitará o surgimento de falhas menores na adaptação do meio ao lactente.

Na *dependência relativa*, a criança passa a tomar consciência de sua condição dependente. Nesse momento, começa a surgir uma capacidade de adaptação por parte do bebê a uma falha gradual e a desadaptação gradativa do estado anterior. Segundo Winnicott,

quando a mãe está longe por um tempo superior ao da sua capacidade [do bebê] de crer em sua sobrevivência, aparece a ansiedade, e este é o primeiro sinal que a criança percebe. Antes disso, se a mãe está ausente, o lactente simplesmente falha em se beneficiar de sua habilidade especial para evitar irritações ou incômodos, e certos desenvolvimentos essenciais na estrutura do ego falham em se tornar bem estabelecidos (WINNICOTT, 1963/1983, p. 84).

O estágio que se seguirá é o de *rumo à independência*. Nesse momento, a criança passa a se defrontar com o mundo em todas as suas complexidades, marcando o início das relações interpessoais. É aqui que todos os indivíduos permanecem até o final da vida, visto que a independência nunca é atingida por completo. Segundo o autor, estaremos sempre em um processo de

amadurecimento que nunca se encerra, logo, nos deixando sempre dependentes em alguma medida.

Tendo exposto de forma sucinta o processo de desenvolvimento infantil para Winnicott, passemos agora à sua noção de *transicionalidade*. Em “O desenvolvimento emocional primitivo” (1945), Winnicott descreve três processos que ocorrem muito cedo na vida do bebê, a saber, a *integração*, a *personalização* e a *realização*. No decorrer de tais processos o bebê entra em contato com algo que, gradativamente, se configura como uma realidade externa. No entanto, tal processo é permeado por certo tipo de experiência singular que se dá em uma região intermediária de experimentação:

trata-se de uma área não questionada, pois nenhuma reivindicação é feita em seu nome, salvo a de que ela possa existir como um lugar de descanso para o indivíduo permanentemente engajado na tarefa de manter as realidades interna e externa separadas, e ao mesmo tempo inter-relacionadas (WINNICOTT, 1951/2000, p. 318).

Em um artigo posterior intitulado “Objetos transicionais e fenômenos transicionais” (1951), Winnicott introduz os conceitos de “objeto transicional” e “fenômeno transicional” para tratar dessa área da *transicionalidade*, na qual o bebê irá iniciar uma relação com um tipo específico de objeto que se configura como um intermediário entre o subjetivamente concebido e o objetivamente percebido. É a partir do contato com essa área intermediária que a criança adquire a capacidade de reconhecer o objeto como não-eu.

Um das mais importantes contribuições winnicottianas para a clínica psicanalítica se deu, justamente, a partir da ênfase nessa zona intermediária entre mãe-bebê, que, no *setting* analítico, é constituído pela relação analista-paciente. Tais concepções nos remetem a algumas considerações de Winnicott sobre o *brincar* e a clínica. Para o psicanalista inglês, a clínica deve ser pensada como algo que inclui paciente e terapeuta. É a partir daí que podemos conceber o *brincar* como algo que não é propriamente interior nem exterior ao sujeito, mas que se localiza em um *espaço intermediário*. Segundo ele, “a psicoterapia se efetua na sobreposição de duas áreas do brincar, a do paciente e a do terapeuta. A psicoterapia trata de duas pessoas que brincam juntas” (WINNICOTT, 1975, p. 59). Assim, o trabalho do terapeuta consiste em possibilitar a transição do

paciente de uma área na qual não é possível brincar para outra onde isso é possível, mostrando-se *disponível* para esta experiência criativa e lúdica. É apenas quando existe um brincar mútuo que a interpretação poderá levar adiante o trabalho analítico.

Desta forma, Winnicott amplia a concepção de clínica como uma análise dos materiais intrasubjetivos do paciente para uma na qual a subjetividade do analista, através da constituição de um interjogo, também se encontra implicada no manejo clínico. Nesse tipo de disposição clínica, o analista precisa entrar em contato com o paciente de uma maneira empática. Essa ênfase nos aspectos relacionados à sensibilidade, ao lúdico e ao brincar compartilhado claramente tem suas raízes nos trabalhos pioneiros de Ferenczi, sobretudo, na sua concepção de *análise pelo jogo*, tal como nos é apresentado em “Análise de crianças com adultos” (1931). Como pontua Kupermann (2008), um dos maiores objetivos clínicos de Ferenczi (1931) era falar *com* a criança que habita o paciente e não falar *da* criança pela interpretação. E, para isso, ele elaborou uma nova modalidade clínica, a saber, a “análise através do jogo”. Assim, podemos sustentar que Ferenczi inaugura um estilo de clínica cujas balizas passaram a ser *associação livre*, *regressão* e *jogo*, e que Winnicott, através do seu desenvolvimento de uma abordagem terapêutica através do *brincar*, dá continuidade ao estilo clínico ferencziano (KUPERMANN, 2008).

Figueiredo (2002) em “A tradição ferencziana de Donald Winnicott – Apontamentos sobre regressão e regressão terapêutica”, explicita que os desenvolvimentos de Winnicott acerca da regressão terapêutica e do trauma se aproximam das elaborações de Ferenczi, inscrevendo-o, assim, em uma tradição clínica inaugurada pelo psicanalista húngaro. Como vimos no capítulo anterior, Ferenczi nos mostra que após um evento traumático não liquidado, a sobrevivência do indivíduo dependerá de alterações autoplásticas, ou seja, de clivagens e dissociações da personalidade, as quais remetem a uma “progressão traumática” ou a uma regressão. Aproximando os conceitos winnicottianos de *verdadeiro self* e *falso self* aos efeitos da abrupta maturação do psiquismo decorrente do trauma, conforme explicitado por Ferenczi, Figueiredo (2002) exemplifica a cisão da personalidade da seguinte maneira:

uma parte traumatizada fica em estado de assédio, silenciosa e encolhida (um *verdadeiro self* protegido e engaiolado, mas também amortecido e mortificado). De outro, a parte eficaz e operativa (o *falso self*), às vezes muito diligente e esperto, na verdade funciona, em casos extremos, quase como um autômato, como um inorgânico em atividade, como um orgânico mineralizado (FIGUEIREDO, 2002, p. 12)

Assim como Figueiredo (2002), Haynal (2002) sublinha que Winnicott clarificou o fenômeno da clivagem ao conceber o *falso self* como um precioso e *sábio* envelope que protege o *verdadeiro self*. Nesta perspectiva, os autores aproximam, de maneira complementar, tais conceitos winnicotianos à metáfora ferencziana do “bebê sábio” (FERENCZI, 1933/2011), possibilitando, assim, uma melhor compreensão dos efeitos psíquicos decorrentes da adaptação exigida ao bebê por um ambiente não empático.

De maneira geral, a partir dessa breve exposição, podemos constatar que a importância conferida ao encontro afetivo que se estabelece no processo terapêutico é uma característica marcante nas obras de Ferenczi e Winnicott, onde, cada um à sua maneira, apresenta colaborações importantes sobre a função do objeto e a dimensão da intersubjetividade na clínica. Outro ponto igualmente comum e com possíveis complementaridades entre os autores se encontra no estudo acerca dos mecanismos de defesa primitivos e de seus efeitos no psiquismo. Neste sentido, além do conceito de *falso self* já descrito, Winnicott se debruça sobre uma série de reações defensivas frente às sensações vividas de maneira intrusiva nos primórdios da constituição subjetiva (WINNICOTT, 1963/2008). Partindo da sua concepção do processo de desenvolvimento emocional, o autor relata, por exemplo, que falhas decorrentes de um ambiente que foi incapaz de se adaptar às necessidades dos estágios mais iniciais de *dependência*, sobretudo, em sua função de *holding*, podem despertar na criança intensos desconfortos. Estes são nomeados por Winnicott de *ansiedades inimagináveis*, podendo se expressar como sensações de despedaçamento, de estar caindo em abismos sem fim, de não possuir conexão alguma com o corpo e, por fim, de carecer de orientação (WINNICOTT, 1962/2008).

Em relação aos efeitos dessas falhas ambientais primitivas, o autor menciona algumas distorções da organização do ego, como, por exemplo: a esquizofrenia infantil ou autismo; a esquizofrenia latente; a personalidade

esquizoide; e a falsa autodefesa (utilização de uma defesa constituída pela emergência de um *falso self*). Cada uma destas possui íntima relação com os processos de integração, personalização e a sensação de sentir-se real, que se dão, gradualmente, no desenvolvimento do bebê. Assim, ao longo do desenvolvimento do indivíduo e da constituição de sua personalidade, podem ocorrer situações ambientais desfavoráveis que instauram cortes e também pontos de fixação em seu desenvolvimento emocional.

Na clínica, a possibilidade de instaurar regressões que alcancem esses estágios de dependência característicos da relação primordial mãe-bebê é “condição *sine qua non* para a instauração de um processo psicanalítico.” (KUPERMANN, 2008, p. 96). Nesse sentido, Winnicott afirma, no artigo “Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto analítico” (1954), que a regressão tem como objetivo terapêutico a instauração de “uma nova chance para que o desenvolvimento ocorra, esse mesmo desenvolvimento que havia sido inviabilizado ou dificultado inicialmente pela falha do ambiente” (WINNICOTT, 1954/2000, p. 378). Em suma, podemos constatar que Winnicott segue a trilha de Ferenczi ao destacar e ampliar o papel central do analista/ambiente em se adaptar à especificidade de cada paciente, no intuito de promover regressões que possam retomar o desenvolvimento emocional e a constituição egóica. Em outras palavras, o trabalho analítico com esses casos severamente traumatizados consiste em proporcionar regressões terapêuticas que possam, a partir de uma atmosfera de confiança, descongelar o paciente do ponto traumático em que estava fixado, iniciando, assim, uma nova progressão, desta vez não traumática (FERENCZI, 1933).

Delineadas as continuidades entre Winnicott e Ferenczi, passemos às suas contribuições para a teoria formulada por Michael Balint, seu discípulo direto. Balint, emigrado da *Sociedade Psicanalítica de Budapeste* para a *Sociedade Psicanalítica Britânica*, tornou-se, desde os anos trinta, o principal autor a desenvolver as teses inauguradas por Ferenczi. Em linhas gerais, Balint rediscute o papel do analista e a sua presença no *setting*, como também amplia a importância do ambiente e das relações objetais primitivas na constituição das futuras relações do sujeito com o mundo.

Desde seus primeiros trabalhos, Balint (1932) retoma a trilha aberta por Ferenczi e questiona os princípios de abstinência e neutralidade do analista,

indicando que certas gratificações possibilitam que os pacientes experimentem novas maneiras de amar e odiar os objetos com os quais se relacionam. Essas novas experiências vêm acompanhadas de uma atmosfera sincera, inocente e inofensiva que, segundo o autor, se assemelha ao ambiente ainda não diferenciado, harmonioso e de misturas interpenetrantes da fase do *amor primário*. A essa atmosfera analítica particular, Balint dá o nome de *arglos*.

A criação e a manutenção dessa atmosfera primitiva na situação analítica possibilitam dois tipos de regressão, a saber, a *maligna* e a *benigna*. Esta diferenciação qualitativa proposta por Balint, além de retomar a maneira pela qual Ferenczi entendia a regressão e a técnica psicanalítica, tal como descritas no artigo “Princípio de relaxamento e neocatarse” (1930), ultrapassa o conflito Freud-Ferenczi a esse respeito. Segundo Peixoto Junior (2002), ao entrecruzarmos os artigos “Análise terminável e interminável” (1937a), de Freud, e “O problema do fim da análise” (1927b), de Ferenczi, podemos compreender a maneira como os autores pensam os fenômenos regressivos: “o primeiro mostrando-se bastante cético e o segundo muito otimista” (PEIXOTO JUNIOR, 2002, p. 93). Balint, ao abarcar as duas qualidades da regressão, defende a possibilidade de o fenômeno assumir configurações opostas e bastante distintas, cabendo ao analista avaliar o tipo de demanda que está sendo colocado na situação analítica.

Balint, seguindo os caminhos de Ferenczi, obtém alguns êxitos terapêuticos por meio de gratificações específicas em situações de regressão. Não se trata de satisfazer todas as demandas do paciente, mas, sim, de observar qual a forma tomada pela regressão na relação transferencial. A *regressão maligna* é caracterizada por uma insaciabilidade e voracidade com fins de gratificar os impulsos pulsionais, e quando uma necessidade primitiva é satisfeita, logo surge uma nova reivindicação exigente e urgente. A *regressão benigna*, de maneira distinta, é caracterizada pelo que Balint denominou de *novo começo*, ou seja, por uma regressão que conduz a uma progressão. O *novo começo* é resultado, portanto, de uma *regressão benigna* que implica na abertura de possibilidade para uma nova forma de investimento em si mesmo e nos objetos. A partir dessas concepções, podemos estabelecer que o objetivo do tratamento é estabelecer uma atmosfera analítica de confiança para que aja uma regressão ao estágio de inocência, no qual as defesas ainda não estão definidas. Para Balint,

[essas] pessoas desconfiadas precisam aprender, no curso do tratamento, a serem capazes de se entregar ao amor, ao prazer, ao divertimento, tão destemida e inocentemente quanto foram capazes de fazer em sua primeira infância (BALINT, 1932/1952, p. 162).

Nesse aspecto, podemos constatar o quanto a ideia de “novo começo” é tributária do ensino de Ferenczi que, em “A criança mal acolhida e sua pulsão de morte” (1929), ressalta que a análise deve criar condições de possibilidade para que o paciente desfrute pela primeira vez da “irresponsabilidade da infância, o que equivale a introduzir impulsos positivos de vida e razões para se continuar existindo” (FERENCZI, 1929/1992, p. 51). Além disto, em um trabalho do ano seguinte intitulado “Princípio de relaxamento e neocatarse” (1930), Ferenczi também introduz a importância da criação de um ambiente onde o trauma possa ser revivido dentro de uma situação de *confiança*. Para que essa atmosfera seja criada é fundamental que haja um nível bom de *relaxamento*, de *laissez-faire*, no *setting*, no qual certas demandas do pacientes possam ser gratificadas. Apenas dessa maneira o paciente tem a possibilidade de viver aquilo que não foi vivido devido ao trauma. Ainda nesse trabalho, Ferenczi faz ressalvas ao princípio de relaxamento que são análogas à preocupação de Balint acerca da gratificação de exigências pulsionais (malignas), advertindo que em situações regressivas “não será admitida a satisfação de desejos ativamente agressivos nem de desejos sexuais, assim como muitas outras exigências excessivas.” (FERENCZI, 1930/2011, p.76).

O acúmulo de experiências de *regressão benigna* e de *novo começo* permitiram que Balint aprofundasse a discussão sobre as relações mais primitivas do ser humano com o mundo à sua volta. No artigo “O objetivo final do tratamento” (1935), o autor apresenta a seguinte constatação: uma vez que todos os fenômenos de *novo começo* aparecem apenas na última fase do tratamento, “eles estão, sem exceção, dirigidos para os objetos” (BALINT, 1935/1952, 192). Essa afirmação vai de encontro à teoria que sustenta que a primeira e a mais primitiva fase da libido é autoerótica. Para Balint, esta fase está relacionada à metade do percurso de uma análise. Há, portanto, uma fase mais primitiva a ser alcançada. Em suas palavras:

primeiro há uma inequívoca relação objetal primitivo-infantil, e esta – se não for corretamente compreendida e tratada – resulta em demandas irrealizáveis e em um estado narcísico bastante desagradável para todo o ambiente (como é o caso com uma criança mimada); porém se manejada corretamente, proporcionará uma relação sem conflitos para o sujeito e para aqueles a sua volta. (BALINT, 1935/1952, 193)

Neste sentido, todos os impulsos, mesmo os mais primitivos estão primeiramente ligados a objetos. Esta primeira relação objetal é sempre passiva e constitui o objetivo mais primordial da sexualidade humana que se mantém por toda a vida, a saber, o desejo de ser amado. Esse amor passivo foi descrito por Ferenczi em *Thalassa: ensaio sobre a teoria da genitalidade* (1924) como um dos três estágios do desenvolvimento erótico do sentido de realidade, constituído pelos: estágio do *amor de objeto passivo*, a fase *autoplástica* (ou masturbatória), e, por último, a fase *aloplástica* (chamada por Balint de amor de objeto ativo). O autor ainda destaca que Ferenczi sempre indicou que a criança estabelece, desde o início, uma relação de objeto, e que sem essa relação libidinal passiva a criança não pode existir. Assim, “a criança não ama, mas é amada” (BALINT, 1935/1952, p. 194).

Essas descrições nos permitem observar como Balint sublinha a importância do ambiente desde os primórdios da infância, uma vez que este constitui o entorno sobre o qual a criança estabelecerá suas primeiras relações objetais. Estas podem então constituir as matrizes pela qual a experiência de *novo começo* se realizará. Para isso, o analista deve “prestar atenção aos tímidos esforços, frequentemente indicados de maneira muito delicada, no sentido de um *novo começo* da relação objetal para não afugentá-los.” (BALINT, 1935/1952, p. 198). Assim, é possível constatar que a ênfase no manejo clínico recai sobre a qualidade da relação que é estabelecida no *setting*, que tem como base a criação e manutenção de um ambiente de *confiança*, no qual o analista é o objeto para o qual o paciente irá transferir seus afetos mais primitivos. Isto só é possível com a preservação, por parte do analista, de uma “passividade *elástica*, com uma condução *benevolente* da transferência e com o controle de sua *contratransferência*.” (BALINT, 1933/1952, p.178, grifo nosso). *Elasticidade, benevolência e contratransferência*, conforme vimos, constituem os três

elementos centrais que compõe o campo fundamental de problematizações de Ferenczi acerca da *regressão terapêutica* e da *atmosfera psicológica* na situação analítica, sobretudo, a partir do *princípio de relaxamento* e da *neocatarse*.

Após termos apresentado parte da herança de Sándor Ferenczi no trabalho de importantes psicanalistas, procuraremos mostrar a atualidade de seu trabalho, indicando como o autor nos oferece instrumentos teóricos e clínicos para pensarmos o manejo com as novas formas de subjetivação. Para isso, é importante delinear, ainda que brevemente, alguns elementos centrais que constituem o que estamos denominando de contemporaneidade.

5.2

A técnica psicanalítica frente aos limites: a atualidade de Sándor Ferenczi

A discussão que será abordada nessa seção comportará dois eixos de pesquisa que se encontram fundamentalmente articulados. O primeiro eixo tem como objeto de problematização os limites do manejo clínico e da intervenção psicanalítica, uma vez que tais delimitações estão em constante movimento, devido à exigência engendrada pela demanda clínica. O segundo diz respeito aos aspectos sociopolíticos culturais que incidem nos processos de subjetivação cujos efeitos produzem novas modalidades de sofrimento psíquico.

Segundo Birman (2011), o que há de mais fundamental na experiência psicanalítica é o confronto com a questão do limite. Este seria a “*condição concreta de possibilidade* para a existência dessa experiência” (BIRMAN, 2011, p. 12, grifo do autor). Neste sentido, a psicanálise apenas existe como experiência quando problematiza a questão do limite. Partindo desta concepção, o autor apresenta cinco momentos em que a psicanálise se encontrou diante de limites teóricos e clínicos engendrados pela expansão do campo da clínica psicanalítica.

Em um primeiro momento, temos o campo das psicoses. A discussão acerca da possibilidade de uma intervenção psicanalítica para as psicoses provocou importantes modificações na maneira de se pensar a posição ocupada pela figura do analista. Na experiência com essa patologia, a posição do analista, marcada pela benevolência e certa passividade, foi um dos principais pontos problematizados. A inserção do delírio, da alucinação, da passagem ao ato, ou seja, de aspectos imprevisíveis e imponderáveis, passou a exigir do analista uma

maior implicação para o acolhimento e sustentação das intensas manifestações do analisando. Neste sentido, as coordenadas constituídas para o modelo de atendimento psicanalítico tiveram que ser fundamentalmente reformuladas.

O segundo momento consiste na inclusão das crianças no campo da clínica analítica que, além de questionar a posição do analista e do analisando, trouxe à tona a discussão acerca da possibilidade das crianças serem analisadas conforme prescreve a técnica psicanalítica. Essa será justamente a temática das controvérsias entre Anna Freud e Melanie Klein, uma vez que a primeira sustentava a impossibilidade da análise com crianças muito jovens em decorrência de sua imaturidade emocional e cognitiva e da dependência às figuras parentais. Klein, de maneira oposta - e certamente devido ao seu convívio com Ferenczi - concebia a possibilidade de análise com crianças daquele tipo, considerando que os registros psíquicos do inconsciente e do fantasma não seriam dependentes da maturidade cognitiva. Outro ponto de tensão diz respeito à impossibilidade da criança sustentar a fala e a associação livre exigida pela técnica, o que levou Klein a postular o *jogo* como um equivalente simbólico do discurso do adulto (KLEIN, 1959).

A inclusão do campo da psicossomática constitui o terceiro momento de interpelação acerca dos limites da psicanálise, uma vez que a partir Franz Alexander e Thomas French se instaurou a diferença entre a *conversão*, presente na histeria, e a *somatização*, expressão do sintoma psicossomático. O que marca essa diferença é a possibilidade de simbolização, própria ao sintoma histérico, e a sua impossibilidade, típica do sintoma psicossomático. Devido a essa ausência de possibilidade de simbolização, o procedimento analítico teve que se modificar para atender a essa especificidade. Nesse sentido, a escola psicossomática francesa, com Marty e M'Uzan, formulou a tese de que o funcionamento psíquico psicossomático tem o formato de um *pensamento operatório*, “que se contraporía nos seus menores detalhes ao pensamento simbólico.” (BIRMAN, 2011, p. 21). Cabe aqui destacarmos que a abordagem de ambos os autores foi, posteriormente, criticada, sobretudo, por Joyce McDougall e Christophe Dejours. Peres (2006) explicita que apesar de McDougall concordar com a concepção de Marty de que os pacientes psicossomáticos são marcados por uma restrição da capacidade de elaboração psíquica, a diferença entre eles é que no modelo de McDougall a somatização é consequência de uma defesa do psiquismo e não um processo de

desorganização das funções psíquicas; a *desafetação*⁵⁴ entra em atividade, precisamente, para evitá-la. De maneira distinta, a crítica apresentada por Dejours (1998) incide na ênfase aos aspectos, exclusivamente, intrasubjetivos da teoria de Marty. Nesse sentido, o autor sustenta que é preciso afirmar o primado da intersubjetividade nessa discussão, pois esse tipo de sintoma ocorre no âmbito relacional, estando, assim, intrinsecamente ligado a uma trama intersubjetiva. De um ponto de vista ferenciano, a compreensão do sintoma psicossomático estabelecida pela escola de psicossomática francesa vai de encontro com a sua concepção de que há uma linguagem que é veiculada pelo corpo. Em sua formulação acerca do trauma, Ferenczi sustenta que na ausência de uma inscrição psíquica, ou seja, nos momentos em que o sistema psíquico falha, como por exemplo, após um choque traumático, o corpo guarda uma inscrição sensorial e “o organismo começa a pensar” (FERENCZI, 1932/1990, p. 37). Esta tese será discutida ainda nesse capítulo quando apresentaremos, de forma mais detalhada, as contribuições ferencianas acerca da sintomatologia própria à psicossomática.

Retomando a explicitação acerca dos limites engendrados à clínica psicanalítica, o quarto tempo é representado pelo campo da drogadicção e da adicção em geral, constituído por pacientes que tendem a se expressar pelo registro da *ação*, como por exemplo, via *passagem ao ato*. Esta conjuntura colocou uma série de impasses à psicanálise, pois impossibilitava a prática analítica centrada no campo da fala e da linguagem. Desta forma, para construir uma nova maneira de intervenção clínica adequada à especificidade destas modalidades de sofrimento, o espaço analítico teve que, mais uma vez, buscar outras coordenadas e configurações tais como a passagem do consultório do analista para o espaço do hospital, para a casa do analisando, assim como para o espaço público da rua (BIRMAN, 2011).

O quinto momento de interpelações dos limites se deu a partir da década de 1960 e 1970, com a incidência significativa de novas modalidades de sofrimento psíquico, subsumidas pela noção de *estados limites*. Esses quadros

⁵⁴ McDougall (1983) sustenta que o sintoma psicossomático é fruto de uma *desafetação*, ou seja, de um mecanismo de defesa específico capaz de ejetar do psiquismo percepções, pensamentos e fantasias que possam ser capazes de suscitar afetos insuportáveis relacionados a experiências traumáticas primitivas. Assim, esse mecanismo tem com objetivo proteger o psiquismo de intensidades eventualmente mortíferas. O trabalho analítico então consiste em abordar o sintoma como um sinal de que há ali uma vivência não representada, e que precisa advir ao âmbito da linguagem.

clínicos, segundo Garcia (2010), são caracterizados por: uma fragilização dos limites egóicos e intersubjetivos, uma dificuldade de investimento afetivo e, ainda, um prejuízo no campo representacional o que, por sua vez, dificulta os processos de simbolização. A autora acrescenta que esses quadros são marcados por constantes ameaças de desintegração e, até mesmo, de aniquilação do eu, o que pode se expressar pela sensação de estar ficando louco, de perder o controle, pela sensação de despedaçamento, como também, pela despersonalização e pela indiferença. Em decorrência desse conjunto de experiências subjetivas, Garcia (2010) sinaliza que esses pacientes se diferenciam bastante daqueles com os quais o campo psicanalítico se deparava no século passado, o que exige novas formas de manejo clínico. Assim, a autora explicita, por um lado, que as interpretações não se mostram viáveis, pois, muitas vezes, intensificam a sensação de intrusão e, por outro, o silêncio do analista pode ser vivenciado como uma ameaça de morte.

A atualidade atribuída à problemática dos limites psíquicos também é discutida por Cardoso (2010), por exemplo, quando defende que o interesse pelos *estados limites* no campo psicanalítico é uma resultante da incidência de quadros marcados pela “violência psíquica”, tais como as patologias no campo da *corporeidade* ou do *ato*. Nestes casos, o que está em pauta é a predominância do registro do “irrepresentável” e da fragilização dos processos psíquicos. Esses elementos, conjugados à precariedade da demarcação das fronteiras entre o eu e o outro, impulsionam o resgate de mecanismos arcaicos de defesa, o que coloca uma série de interrogações e desafios para a prática psicanalítica. Dito de outro modo, por não se inscreverem dentro da gama de possibilidade da técnica clássica, esses quadros passaram a exigir reformulações no campo da prática clínica. Neste contexto, o resgate de autores como Ferenczi, Balint e Winnicott pode ser atribuído, justamente, aos seus esforços para estabelecer procedimentos clínicos capazes de lidar com esse tipo de sofrimento. No momento atual, a questão que se coloca é por que esses quadros se tornaram tão frequentes. Esta pergunta nos conduzirá, então, à discussão de alguns elementos socioculturais, políticos e éticos que, além de caracterizar o cenário contemporâneo, incidem nos processos de subjetivação e nas expressões de mal-estar.

Como sublinha Peixoto Junior (2008), as novas modalidades de mal-estar evidenciam os efeitos suscitados pela globalização que, por sua vez, marcam o

mundo contemporâneo. É importante destacarmos que esse processo é acompanhado pelos imperativos do consumo, da felicidade, da competição que, por exemplo, exigem com que as subjetividades tornem-se consumidoras e performáticas:

“Trabalhe mais! Ganhe mais! Compre mais! Transe mais! Só assim você será feliz, não sofrerá, porque nem sequer terá tempo para pensar, e conseguirá ser alguém nesse mundo que não comporta lugar para ‘perdedores’.” (PEIXOTO JUNIOR, 2008, p. 57).

Esses elementos descritos por Peixoto Junior (2008) apontam para o imperativo do espetáculo descrito por Guy Debord em seu célebre livro *A sociedade do espetáculo* (1992/1997). Seguindo as teses de Debord, o autor explicita que esse imperativo, fruto da organização social capitalista, traz consigo um tipo de dominação que se constitui a partir de uma dimensão especular, e que vem se disseminando de forma vertiginosa no cenário social – sobretudo, depois da segunda Guerra – de forma que o *status* midiático incide em diversos níveis do campo social. Afinal, o que importa é expor-se e brilhar.

Podemos relacionar esta elucidação acerca do imperativo próprio à *sociedade do espetáculo* com as contribuições de Sennet (1988) sobre o esvaziamento do espaço público em nome das tiranias da intimidade. Segundo o autor, a constituição desse tipo específico de tirania teve como resultante uma situação na qual os sentimentos íntimos não possuem mais um contraponto no espaço público. Assim, devido à precarização dos investimentos no que é da ordem pública, há um descompasso no sentido de um superinvestimento no espaço privado, na intimidade.

Na perspectiva de Garcia (2012), esse superinvestimento no campo privado incide na própria constituição psíquica, pois enquanto movimento de desenlace entre o âmbito privado e as bases sócio-históricas, a função estruturante do meio ambiente é colocada em questão. Dito de outro modo, o individualismo, o consumismo e a fragilização dos sustentáculos simbólicos, características da sociedade contemporânea, convocam o indivíduo a delinear seus próprios limites. Assim, esse entorno, caracterizado pela crise dos valores e pela ausência de um

código de conduta que funcione como um norteador, está, intrinsecamente, atrelado às experiências de errância simbólica, desenraizamento e deriva.

Esse processo que caminha em direção ao espaço privado será considerado por Christopher Lasch (1979) como central à constituição da cultura do narcisismo. Nesta, o novo Narciso caracteriza-se menos pela autoadmiração e amor-próprio e mais pela busca de imperfeições, fadiga e decadência (LASCH, 1979). O que está em pauta, segundo o autor, é o movimento de retração narcísica em relação a si mesmo, na medida em que o espaço público não dá mais nenhuma garantia simbólica. Nesse sentido, o indivíduo cria para si um refúgio, ou seja, ele acaba constituindo um *mínimo eu*, como uma tentativa de sobrevivência psíquica (LASCH, 1984/1986). Segundo Birman (2000), uma das resultantes desse movimento de retração é a concepção existencial de que a vida íntima é um espetáculo. É nesse sentido que o autor sustenta que a subjetividade contemporânea é caracterizada pelo autocentramento e pela exterioridade, e não mais pela interiorização e reflexão sobre si, pois o que importa é a glorificação do eu.

Na perspectiva de Alain Ehrenberg (2000), os indivíduos foram convocados a assumir uma responsabilização sobre o próprio sucesso e fracasso, na medida em que o *Estado*, a *família* e a *tradição* deixaram de funcionar como sustentáculos simbólicos. Desse modo, houve um deslocamento desde o paradigma do *permitido/proibido*, que caracterizava o espaço público, para o conflito pessoal entre o *possível* e o *impossível*. Esse deslocamento traz consigo uma permanente sensação de insuficiência, acompanhada pela perda da autoestima, pela impotência e pela desqualificação em relação a si mesmo. Essas experiências subjetivas podem ser assim reunidas como signos da quebra do narcisismo e de um processo de desnarcisação dos indivíduos.

Esse conjunto de elementos revela que as transformações que ocorrem no âmbito sociocultural, econômico, político e ético incidem nas modalidades de mal-estar e nas afetações subjetivas. É neste sentido que Peixoto Junior (2008) defende que a psicanálise deve assumir uma postura crítica e ética acerca das questões que permeiam o cenário contemporâneo para, assim, desvendarmos maneiras de lidar com o sofrimento característico das subjetividades de nossos tempos. Assim, um primeiro ponto a ser sublinhado é a concepção, própria do discurso freudiano, de que a subjetividade é caracterizada pela *conflitualidade*.

A formulação freudiana acerca da *conflitualidade* pode ser evidenciada tanto pelo registro dinâmico, que aponta para ação mútua de forças (FREUD, 1926[1925] /1976), como também, por sua valoração em relação ao conflito psíquico, o qual se apresenta de múltiplas formas. Por exemplo, pode ser manifesto ou latente; pode ser a resultante de um conflito entre o desejo e a defesa; entre as próprias instâncias psíquicas; entre as pulsões e, enfim, pode se expressar pelo conflito edipiano, que coloca em cena desejos que se opõem em termos de interdição (LAPLANCHE, PONTALIS, 2001). É importante ressaltar que Freud erigiu o conflito psíquico como um objeto central para o trabalho analítico, defendendo, por exemplo, que se o conflito não estivesse ativo, caberia ao analista, não só ativá-lo, como também, produzir, artificialmente, novos conflitos pelo dispositivo da transferência. Essa produção artificial, assim como a ativação de conflitos latentes, visava à familiarização do paciente com seus conflitos psíquicos para um melhor desdobramento do trabalho analítico (FREUD, 1937a/1975).

Como pudemos observar durante nossa investigação, o conflito psíquico se refere ao modelo da neurose, mas não parece caracterizar os ditos “casos difíceis” do contexto de Ferenczi que, em nossa hipótese norteadora, parecem ter se tornado majoritários na clínica contemporânea. De uma maneira geral, devemos sublinhar que esses pacientes “se distinguem em alguma medida do modelo da neurose e que, portanto, não possuem estrutura ou dinamismo psíquico balizado hegemonicamente pela lógica do recalque.” (SALZTRAGER, VERZTMAN, HERZOG, PINHEIRO, 2014, p. 192).

Segundo Birman (2012), desde 1970 e 1980 – o que se intensificou nos anos 1990 – a clínica psicanalítica tem se confrontado com novas modalidades de mal-estar, pois estas parecem se caracterizar menos por um *conflito psíquico* do que pelo *excesso*. Este acaba por desembocar no registro do corpo, das intensidades e da ação, o que evidencia o esvaziamento das instâncias do pensamento e linguagem. O estresse, as manifestações psicossomáticas, a fibromialgia e a síndrome da fadiga crônica são exemplos das modalidades de mal-estar que se apresentam no campo da corporeidade. Outra ilustração da precarização do campo simbólico é a síndrome do pânico. Nesta versão pós-moderna da neurose de angústia (BIRMAN, 2012), o psiquismo se vê

impossibilitado de dar conta de suas excitações, de forma que elas se descarregam maciçamente no corpo, produzindo a sensação de colapso psíquico e de morte súbita. Quando o mal-estar se expressa pelo registro das intensidades, o sujeito é confrontado com a impossibilidade de regular suas variações afetivas ou, ainda, pode ser acometido pela depressão, sendo, assim, permeado pela impotência e por um vazio paralisante, que apontam para o processo de desnarcização (BIRMAN, 2012).

Nesse momento, cabe destacarmos algumas contribuições de Ferenczi que podem nos servir de base para pensarmos essas questões relacionadas ao campo das manifestações sintomáticas que se dão no âmbito do corpo. O interesse do autor pela investigação dos sintomas somáticos através do método psicanalítico está presente ao longo de toda a sua obra, ganhando relevo mais acentuado a partir da criação dos conceitos de *patoneurose* e de *neurose de órgão*. Assim, no artigo “As patoneuroses” (1917), o autor aborda o tema das patologias resultantes de importantes doenças orgânicas ou ferimentos⁵⁵. De forma sucinta, podemos explicar as *patoneuroses* da seguinte maneira: em um primeiro momento ocorre um distúrbio funcional orgânico que resulta em uma perturbação da libido; esta, uma vez retirada do mundo externo, não investe o ego como um todo, mas, essencialmente, o órgão doente ou ferido, influenciando os processos de cura ou de persistência dos sintomas. Em suas palavras,

de acordo com tudo o que precede, é muito provável que não sejam apenas os glóbulos brancos que se reúnem nas partes feridas do corpo por “quimiotaxia” para exercer aí sua atividade reparadora, mas que também se acumule aí uma quantidade maior de libido proveniente de outros investimentos orgânicos. Talvez esse recrudescimento libidinal participe também da deflagração dos processos de cura (FERENCZI, 1917/2011, p. 340).

O conceito de *neurose de órgão* aparece em “As neuroses de órgão e seu tratamento” (1926b) como uma tentativa de elucidar os processos de constituição

⁵⁵ O artigo de Ferenczi busca destrinchar o impasse clínico desses casos, uma vez que, no mesmo ano, 1917, Freud em “O estado neurótico comum” (1917b) descreve que: “os problemas das neuroses atuais, cujos sintomas provavelmente são gerados por lesão tóxica direta, não oferecem à psicanálise qualquer outro ponto de ataque. Ela pouco pode fazer para esclarecê-los e deve deixar essa tarefa para a pesquisa bioquímica [...] por essa razão, as neuroses “atuais”, improdutivas no que concerne à psicanálise, não podiam mais ocupar um lugar em primeiro plano” (FREUD, 1917b/1969, p. 453).

sintomática nos casos de *neuroses atuais*. Nesse sentido, Ferenczi descreve que “numerosas doenças correntes têm origem psíquica, mas manifestam-se por uma disfunção real de um ou de vários órgãos.” (FERENCZI, 1926b/2011, p. 417.). Estas são classificadas como *neuroses de órgão*, pois podem comportar, simultaneamente, distúrbios subjetivos e objetivos, sendo “necessário distingui-las da histeria, mas é difícil definir a fronteira que as separa desta última ou de inúmeras enfermidades orgânicas” (FERENCZI, 1926b/2011, p. 413). No mesmo trabalho, o autor relata alguns casos de neurose de angústia e de neuroses monossintomáticas (asma nervosa, neuroses de estômago, distúrbio intestinal grosso, neuroses cardíacas, enxaqueca), ressaltando que “o curso de toda enfermidade orgânica é, aliás, afetado favorável ou desfavoravelmente por influências psíquicas” (FERENCZI, 1926b/2011, p. 417).

Após essa breve indicação das pesquisas realizadas por Ferenczi no campo da sintomatologia psicossomática, apresentaremos as suas contribuições mais significativas a esse respeito oriundas de sua teorização sobre o trauma. Como vimos no capítulo anterior, Ferenczi no artigo “Princípio de relaxamento e neocatarse” (1930) descreve que a regressão, alcançada através do *relaxamento* e da sustentação de uma atmosfera de confiança, conduzia a estágios pré-verbais de comunicação, nos quais os pacientes se expressavam apenas por símbolos mnêmicos corporais.

Tendo sempre em vista o acesso ao fator traumático, Ferenczi então passa a sustentar a tese de que as impressões mais primitivas de eventos traumáticos que se expressavam na clínica, não indicavam inscrições psíquicas, mas sim inscrições corporais. É nesse sentido que, em uma nota de 26 de outubro de 1932⁵⁶, o autor descreve o corpo como sendo um lugar de inscrição de sensações com tonalidades de prazer e de desprazer. A partir desta concepção, as manifestações corpóreas podem ser compreendidas como uma *lembrança imobilizada no corpo* (FERENCZI, 1932/2011). Retomando, então, sua tese sobre o trauma, podemos descrever, por exemplo, que o *desmentido*, enquanto fator traumático principal, inviabiliza a inscrição psíquica do evento traumático, restando apenas a lembrança

⁵⁶ Essa nota se encontra no IV volume das *Obras Completas* de Sándor Ferenczi editado pela Martins Fontes (2011), na seção “Artigos Póstumos”, XXI. “Notas e fragmentos”, página 304.

sensorial marcada no corpo. Em seu *Diário clínico*, Ferenczi descreve essa articulação entre corpo e trauma da seguinte maneira:

nos momentos de grande aflição, em face dos quais o sistema psíquico não está à altura [...], forças psíquicas muito primitivas despertam e são elas que tentam controlar a situação perturbada. *Nos momentos em que o sistema psíquico falha, o organismo começa a pensar.* (FERENCZI, 1932/1990, p. 37, grifo nosso).

No âmbito da técnica, essas manifestações sintomáticas não justificam o enfoque dado ao trabalho de rememoração, uma vez que não se pode rememorar “algo que nunca foi consciente” (FERENCZI, 1932/2011, p. 305). Nesse sentido, a utilização da interpretação como meio de acesso ao material recalcado não obteria nenhum êxito terapêutico, pois essas lembranças não se encontram no registro da representação. Frente a esse impasse técnico, podemos destacar a *análise pelo jogo* descrita por Ferenczi no artigo “Análise de crianças com adultos” (1931) como uma tentativa de intervir psicanaliticamente nessas manifestações não-verbais. No artigo, o autor descreve que:

o que é curioso, neste jogo, é não só que certas partes do corpo, como os dedos, a mão, os órgãos genitais, a cabeça, o nariz, os olhos, tornam-se representantes da pessoa toda e a cena onde todas as peripécias de sua própria tragédia são representadas e levadas à conciliação, mas também que se adquire através dele uma noção geral dos processos a que dei o nome de *autoclivagem narcísica*, na própria esfera psíquica. (FERENCZI, 1931/2011, p. 88, grifo do autor)

Assim, podemos destacar que, quando Ferenczi volta a sua atenção para a importância de uma atmosfera lúdica, de um jogo sustentado pelo analista, que possibilite a integração de certas partes cindidas da subjetividade, ele não visa apenas os fragmentos de lembranças, mas também o que chamou de *lembranças imobilizadas no corpo*, que se expressam através das mais diversas sensações corporais (FERENCZI, 1932/2011). De uma maneira geral, Ferenczi procurava atingir tudo o que se referia à memória de um período arcaico, incluindo “o lugar do não-representável, um lugar que não é o do recalçamento, [pois] está fora do

espaço psíquico da representação pela impossibilidade de rememoração” (FONTES, 2002, p. 41). De acordo com Pinheiro (1995) e Gurfinkel (1997), Ferenczi aprofunda a discussão sobre os sintomas psicossomáticos, nos deixando contribuições importantes sobre essa temática, no entanto, o conjunto de suas ideias “requer uma formulação mais estruturada” (PINHEIRO, 1995, p. 94).

Após essa exposição, podemos retomar a nossa descrição do sujeito contemporâneo, destacando que a atualidade das concepções de Ferenczi se justifica, uma vez que na contemporaneidade o sujeito expressa seu mal estar, sobretudo, pelo registro das intensidades, o que impede que suas variações afetivas sejam reguladas simbolicamente. Nesse sentido, Birman (2012), explicita que a canalização do excesso no registro da ação pode ser ilustrada pelas experiências caracterizadas pela repetição, sejam elas as compulsões aditivas ou a própria compulsão à repetição, como uma tentativa do psiquismo antecipar aquilo que foi vivido como imprevisível. Contudo, como explicita Garcia (2005), as subjetividades contemporâneas são marcadas por um empobrecimento no mecanismo de angústia-sinal, logo não há uma preparação para a angústia, como também, nenhuma expectativa. Nesta configuração há a predominância de uma angústia automática no espaço psíquico, que coloca o sujeito em um estado de desamparo característico das situações traumáticas. Em outras palavras, devido ao empobrecimento no mecanismo de angústia-sinal, o sujeito é acometido pela sensação de abismo e de estar “a mercê”:

uma baixa intensidade vinculatória favorece, portanto, o impacto traumático e, além disso, causa a falta de preparação para a angústia (...). Assim, a preparação para a angústia e o sobre investimento do sistema perceptivo defenderiam o aparelho psíquico, mais especificamente, o escudo protetor contra as intensidades excessivas, evitando o trauma. (GARCIA, 2005, p. 71).

Assim, devido a uma precária capacidade de investir e de construir vínculos libidinais o sujeito se torna mais vulnerável ao trauma, e, por conseguinte, a uma experiência traumática de desamparo. A autora acrescenta que essa frágil

constituição da camada protetora, que tem dificuldades em conter o excesso pulsional, é uma característica marcante do sujeito na contemporaneidade.

Para Salztrager, Verztman, Herzog, Pinheiro (2014), há uma nítida correlação entre a forma pela qual o laço social se caracteriza na atualidade e as novas modalidades de sofrimento que “vêm questionando a psicanálise, tanto no âmbito conceitual quanto no seu dispositivo terapêutico.” (SALZTRAGER, VERZTMAN, HERZOG, PINHEIRO, 2014, p.188). Na perspectiva dos autores, essas novas formas de padecimento psíquico remetem ao campo da *constituição de si*, e, por isso, podem ser entendidas como *sofrimentos narcísicos* (VERTZMAN, 2012). Vale ressaltar que essa constituição de si aponta para uma problemática da “experiência de ser”, o que se pode ilustrar tanto pelo quadro da melancolia, como da depressão:

Na melancolia, a centralidade assertiva [...] “eu sou nada”, aponta para a fragilidade da experiência de ser, em correlação com o desejo. Nestes casos, só se pode ser quando se é desprovido de atributos, quando o que se deseja está fora do mundo. [...] Na depressão, a centralidade da assertiva “eu já fui e hoje não sou mais”, expressa a condicionalidade da idealização narcísica para a experiência de ser, na contemporaneidade. O superinvestimento em uma imagem de perfeição narcísica própria a certo estágio do desenvolvimento, aliado à impossibilidade de suportar outras formas de relação com o outro, menos idealizadas, faz com que a experiência de ser do depressivo fique aprisionado num passado mítico no qual “eu era”. (SALZTRAGER, VERZTMAN, HERZOG, PINHEIRO, 2014, p. 190).

Segundo os autores, as duas formulações (“sou nada” ou “eu era”) colocam questões para uma prática clínica centrada no modelo da *neurose de transferência*, pois este pressupõe que o fluxo de tempo tenha uma continuidade. Logo, ainda que alguns aspectos do psiquismo possam ser “congelados” devido à neurose, o congelamento não pode se dar de forma integral, pois isto implicaria em uma absorção do eu. O próprio conflito psíquico, nesta perspectiva, só pode existir por conta do fluxo temporal, uma vez que este é a condição de possibilidade à transformação do sujeito. Sem esse fluxo, o sujeito se encontra aprisionado a um presente perpétuo (LASCH, 1979), e os processos de simbolização se tornam inviáveis (BIRMAN, 2012). É nesse sentido que esses

pacientes, caracterizados pela fragilização da constituição narcísica, escapam à metaforização, ou seja, fogem à condição do estabelecimento da transferência, como também do trabalho interpretativo.

Nesta linha de raciocínio, os autores indagam se o conceito técnico de transferência – que nos remete à neurose de transferência (FREUD, 1914a) – é capaz de dar conta das análises com os pacientes que se inscrevem no campo dos *sofrimentos narcísicos*. Afinal, no texto freudiano, a transferência foi pensada à luz de uma concepção do aparelho psíquico marcada pelo recalque e, ainda, em coadunação com a ferramenta analítica da interpretação. Outro ponto de questionamento suscitado será o do lugar do analista e a condução do tratamento com estes pacientes. Na tentativa de responder a essa questão, os autores resgatam a formulação de Ferenczi (1909) do analista como um *catalisador* para, então, articulá-la ao recurso da *construção*, tal como enunciado por Freud (1937b); noções que trabalhamos nos dois primeiros capítulos desse trabalho. O que nos interessa, neste momento, é elucidar como elas se coadunam e podem contribuir para o tratamento das formas de sofrimento narcísico.

Salztrager, Verztman, Herzog, Pinheiro (2014) sublinham que a *construção* é um processo criativo que se dá na relação transferencial e que busca fornecer um sentido para os fragmentos históricos do paciente que não estão acessíveis a ele. Desse modo, objetiva-se constituir uma trama narrativa que, por sua vez, possibilita ao analisando a elaboração de sua história e a reconstrução de uma narrativa em outros termos. Na concepção dos autores, este processo implica na participação do analista como um “catalisador de sentido”, ou seja, alguém que exerça a função de suporte para a metabolização e para as ligações simbólicas efetuadas pelo paciente. Tomando esta via, pode-se sustentar uma articulação entre a *construção* (FREUD, 1937b/1975) e a noção do analista como *catalisador* (FERENCZI, 1909), para pensarmos o manejo com as modalidades de sofrimento narcísico que se apresentam de maneira pregnante na clínica contemporânea.

[C]om estes pacientes, o analista deve comparecer na forma de um catalisador de sentido, ou seja, alguém que – conforme uma metáfora com o campo da química – estimula, dinamiza e, de certo modo, promove uma espécie de reação química. Aqui, o analista não é aquele que detém a autoridade, ou o saber, [...] tal como acontece nas práticas sugestivas. Tampouco, ele é aquele com quem o paciente vivenciará novamente toda a sua dimensão conflitante, tal como foi formulado por Freud [...].

Trata-se, antes de encará-lo, como um suporte necessário para o empreendimento de trabalho de metabolização de sentido por parte do paciente. (SALZTRAGER, VERZTMAN, HERZOG, PINHEIRO, 2014, p. 201).

Nesta perspectiva, o analista como “catalisador de sentido” será o suporte para que um trabalho de introjeção seja realizado pelo paciente, desde que a transferência consiga captar os afetos livres, para, assim, constituir novos sentidos. Nessa acepção, “a transferência é concebida como a articuladora da abertura polissêmica que análise pode operar”. (SALZTRAGER, VERZTMAN, HERZOG, PINHEIRO, 2014, p. 204). É, portanto, a partir dessa abertura de possibilidade à criação de uma narratividade acerca da história subjetiva, como também, do corpo, dos anseios e dos afetos, que podemos pensar o trabalho analítico como um processo de integração narcísica.

De acordo com Souza (2013), nesse tipo de clínica há uma maior predominância de aspectos referentes à

desfusão pulsional concebida como uma ameaça desagregadora que impede o funcionamento expressivo do processo primário e do princípio do prazer e que resulta na repetição de experiências traumáticas e na adoção de defesas primárias e empobrecedoras. A repetição do acontecimento traumático se expressa em análise de um modo que nada deve ao retorno do recalçado. (SOUZA, 2013, p. 24)

Essas características que compõem o quadro de pacientes não neuróticos exigem um importante remanejamento do método analítico, que podemos encontrar, sobretudo, nos trabalhos de Ferenczi, Winnicott e Balint. Segundo o autor, no tratamento desses casos temos, da parte do paciente, uma regressão que visa, dentro de uma relação de confiança, proceder à integração psíquica que o trauma impediu de fazer; e do lado do analista

em acréscimo à neutralidade acolhedora da atenção flutuante, apontam para necessidade de que este empreste ao paciente sua própria capacidade imaginativa, ou seja, sua própria capacidade de livre associação. Esse empréstimo virá a tornar possível a elaboração imaginativa, ou seja, a elaboração simbólica dos

traumas e dos processos psíquicos por ele desencadeados. (SOUZA, 2013, p. 25)

Ainda segundo Souza (2013), a ampliação do campo da analisabilidade aos casos não neuróticos fez com que os psicanalistas lançassem uma maior atenção aos processos de simbolização e à importância do outro materno na constituição subjetiva. Com o passar do tempo, a construção das teorias sobre os processos de simbolização, somada ao aumento da incidência de patologias que impunham impasses à técnica clássica, passaram a exigir uma troca da patologia de referência para o pensamento da clínica psicanalítica. Para o autor, essa troca se deu em favor de patologias nas quais os processos iniciais de simbolização são falhos. Assim,

a compreensão de tais processos se deu a partir do estudos das psicoses, da melancolia, das estruturas narcísicas da personalidade, dos casos-limite, dos casos psicossomáticos, das adições, dos casos de perversão, nos quais, cabe notar a sexualidade aparece muito mais como sexualização de situações traumáticas do que como expressão de conflitualidade pulsional. (SOUZA, 2013, p. 25)

Como pudemos acompanhar, os quadros clínicos que compõe a clínica contemporânea suscitam muitas interrogações para o campo psicanalítico. Birman (2000) fornece o exemplo da reação terapêutica negativa como uma expressão recorrente no atendimento dos *casos limites*, quando são abordados pelo modelo técnico da neurose. Essa discussão tem outro lado importante, pois, como sinaliza Birman (2002), a reação terapêutica negativa foi utilizada como um alibi, por segmentos do campo psicanalítico, para definir certos pacientes como inalisáveis, sobretudo, a partir da década de 1970. Porém, o “campo dos pacientes inalisáveis” foi se estendendo de tal maneira que se tornou mais volumoso do que o campo dos pacientes, supostamente, analisáveis. Por isso, em sua perspectiva, as novas formas de sofrimento psíquico impulsionaram o resgate de autores como Ferenczi e Balint, pois eles haviam enunciado modalidades de manejo clínico com pacientes que não se encaixavam no modelo da neurose.

A discussão acerca da mudança da patologia de referência na contemporaneidade veio acompanhada por uma nova leitura do narcisismo, o que

culminou em uma descrição teórica e clínica dos *estados limites*, na tradição anglo-saxônica e francesa, e dos *borderlines* na tradição norte-americana (BIRMAN, 2004). Isso aponta para uma colocação em questão do complexo de Édipo como um fator central da constituição do aparelho psíquico (BIRMAN, 2004). Por questões metodológicas, não poderemos pormenorizar essa discussão. O que nos interessa destacar é que a fragilização da constituição narcísica – que afeta tanto a demarcação dos limites intrapsíquicos, como dos limites entre o eu e o não-eu (GARCIA, 2010), – caracteriza as subjetividades na contemporaneidade, exigindo, assim, reformulações na técnica psicanalítica.

Como pudemos explicitar até esse momento, as subjetividades que compõem o cenário contemporâneo engendram impasses para a técnica psicanalítica, pois colocam em questão o modelo da neurose, exigindo, assim, reformulações técnicas que levem em consideração as falhas primitivas na constituição psíquica e a necessidade de acolhimento das intensidades que se apresentam pela via do corpo e pela ação. Nesse sentido, buscamos apresentar como o trabalho de Ferenczi pode nos ajudar a pensar os quadros clínicos contemporâneos. Afinal, a ênfase que o autor dirige à *contratransferência*, à importância do analista/ambiente se *adaptar* ao paciente, à *elasticidade* da técnica e à *regressão terapêutica*, são fundamentais para pensarmos o trabalho com a psicose, assim como com as perturbações que se dão no campo do narcisismo e da corporeidade. Em outras palavras, os desenvolvimentos técnicos de Ferenczi se tornaram imprescindíveis, uma vez que na contemporaneidade, o papel do analista é “pensado mais em termos de *acolhimento* e *sustentação* de experiências traumáticas que se repetem, do que de *neutralidade* e *atenção flutuante* para a escuta das associações livres” (SOUZA, 2013, p. 21, grifo nosso).

Na trilha aberta por Ferenczi, apresentamos de maneira mais detalhada o trabalho de dois importantes psicanalistas que aprofundaram suas teses. Balint e Winnicott, cada uma a sua maneira, ampliaram a compreensão psicanalítica dos primórdios da constituição subjetiva e dos efeitos oriundos de falhas ambientais que podem ocorrer durante esse processo. Os dois autores estabelecem uma linha de continuidade às contribuições ferenczianas ao sustentarem que a *adaptação* do analista/ambiente à especificidade clínica de cada paciente é crucial para o

estabelecimento de uma *atmosfera de confiança* que permita *regressões terapêuticas*.

Na concepção clínica de Balint, a análise deve criar uma atmosfera sincera e inofensiva para que regressões possam atingir estágios cada vez mais profundos até o *estágio de inocência* próprio do *amor primário*. Este movimento tem como objetivo promover progressões não traumáticas que sejam vivenciadas como experiências de *novo começo*. A função de acolhimento exercida pelo analista/ambiente é crucial para que *regressões benignas* possam ocorrer, uma vez que analista é o objeto para o qual o paciente irá transferir os seus afetos mais primitivos (BALINT, 1932; 1935). Estas intensidades precisam ser acolhidas em análise para que o sujeito não as sinta de forma desagregadora, podendo, assim, com a ajuda desse ambiente sincero e confiável, construir novas narrativas e novas formas de amar e odiar os objetos.

Em Winnicott, o trabalho analítico busca criar condições de possibilidade para que o paciente possa retornar, via regressões, a um momento anterior ao trauma, a um momento de *dependência*, a partir da qual, serão instaurados processos de *integração* subjetiva. Neste processo, a participação do analista/ambiente, em suas funções de *holding* e de *adaptação*, é crucial para criar um *espaço intermediário*, onde através do encontro afetivo proporcionado pelo *brincar* novos sentidos sejam criados, sobretudo, para o paciente, paralisado pelos efeitos traumáticos das falhas ambientais. (WINNICOTT, 1955; 1975).

Assim, tendo apresentado as contribuições teórico-clínicas de Balint e Winnicott, podemos concluir que ambos tomaram as últimas teorizações de Ferenczi acerca da técnica, como por exemplo, a *elasticidade*, o *relaxamento* e a *análise pelo jogo*, assim como a importância conferida à *regressão* e o acento no fator ambiental na etiologia das patologias psíquicas, como matriz para seus próprios desenvolvimentos psicanalíticos. Em outras palavras, a mudança de paradigma inaugurada pelas contribuições teórico-clínicas de Ferenczi para intervir psicanaliticamente nos casos que escapavam ao modelo clássico da neurose, foram aprofundadas pelas pesquisas de Winnicott e Balint. Nesse sentido, podemos encerrar o capítulo destacando que os impasses engendrados pela clínica contemporânea exigiram um movimento de retorno às concepções

destes autores e, sobretudo, às teses de Ferenczi, que, apesar das duras críticas no passado, hoje, podem ser vistas como cruciais à clínica contemporânea⁵⁷.

⁵⁷ Mezan (2002) retoma a frase de André Green na qual nomeia Ferenczi como o fundador da psicanálise moderna, no sentido de atribuir ao psicanalista húngaro o surgimento de uma clínica psicanalítica centrada na análise minuciosa do *aqui e agora*, na investigação das sutilezas transferenciais e do acompanhamento detalhado das relações de objeto. É nesse sentido, “e sem precisar por isso minimizar a importância decisiva de Freud - que não soa descabida a afirmação de André Green segundo a qual de Ferenczi descendemos todos os psicanalistas atuais – ainda que, como convém a uma filiação psicanalítica, esta também tenha permanecido por tanto tempo ignorada ou, quem sabe, reprimida.” (MEZAN, 2002, p. 172).

6.

Conclusão

No intuito de concluir o presente trabalho, gostaríamos de dizer que, após uma discussão pormenorizada sobre a maneira como Freud e Ferenczi pensaram os limites da técnica e da analisabilidade, vimos como as experimentações do psicanalista húngaro sempre buscavam ampliar os limites da técnica psicanalítica. Este movimento de ampliação inaugurado por Ferenczi lhe exigiu diversos remanejamentos teóricos e reformulações técnicas, que foram, aos poucos, se distinguindo dos pressupostos básicos da técnica psicanalítica formulada por Freud.

Na clínica psicanalítica atual não se pode mais pensar em uma manutenção rigorosa do modelo de análise que se baseia, estritamente, na posição de *neutralidade, atenção flutuante e interpretação*, assim como tomar a *regra da associação livre* como um cânone. Os quadros clínicos contemporâneos, marcados por uma fragilização da constituição psíquica - narcísica e dos processos de simbolização -, impõe diversos limites a esse modelo. Esses quadros saíram de uma zona de exceção à regra e se tornaram predominantes, exigindo, assim, a modificação da patologia de referência dos estudos psicanalíticos. Nesse sentido, podemos acompanhar, nas últimas décadas, um interesse crescente em relação aos quadros designados como *estados limites*, na tradição anglo-saxônica e francesa, e os *borderlines*, na tradição norte-americana.

Como acompanhamos ao longo desse trabalho, as contribuições teórico-clínicas de Ferenczi podem nos servir de norteadores para pensarmos os atuais impasses que emergem na clínica. Dentre as suas mais diversas teorizações psicanalíticas, buscamos destacar a ênfase que o autor dirige à *contratransferência*, à importância do *analista/ambiente* se adaptar ao paciente, à *elasticidade* da técnica e ao *acolhimento* das experiências traumáticas revividas no *setting*. Estes elementos nos permitem pensar a clínica a partir da função de *acolhimento* exercida pelo ambiente, com a presença acolhedora do analista, para que haja a possibilidade de ocorrer vivências regressivas cujas intensidades não sejam sentidas de forma desorganizadora. Nesse modelo de clínica, o cerne do processo transferencial deve ser permeado por afetos cujo destino é a criação, do

paciente junto ao analista, de novos sentidos, ou seja, de novas maneiras de simbolizar a própria existência, se apropriando, assim, cada vez mais, de si. Ao pensar a situação analítica enquanto um espaço onde regressões - cada vez mais profundas e terapêuticas - possam ser realizadas, e onde o analista está presente com seus afetos e *tato*, Ferenczi inaugura importantes concepções que podem nos servir de coordenadas técnicas fundamentais para pensarmos o trabalho com as perturbações psíquicas da contemporaneidade, como as que se dão no campo do narcisismo e da corporeidade.

De uma maneira geral, podemos destacar que Ferenczi inaugura um estilo clínico no qual a ênfase recai sobre a qualidade do encontro afetivo que ocorre na situação analítica, uma vez que é nessa relação que o paciente poderá reviver a experiência traumática em uma conjuntura distinta àquela do trauma. Assim, a *disponibilidade* do analista, enquanto objeto para o qual os afetos mais primitivos do paciente serão transferidos, como também sua *sensibilidade*, ganham centralidade no processo que se desdobra no *setting*. Cabe aqui destacarmos que a organização desses elementos tem como efeito a constituição de um estilo clínico singular, sobretudo, entre os anos de 1928-1933. Além do estilo clínico, suas teorizações desse mesmo período foram, posteriormente, retomadas como matriz teórica para outros desenvolvimentos conceituais em psicanálise, sobretudo, nos trabalhos de Balint e Winnicott. Estes, na esteira de Ferenczi, ampliaram a ideia de uma postura sensível do analista, que está atento aos rumos e aos ritmos do processo de subjetivação de cada paciente, aprofundando, assim, a concepção de um campo analítico intersubjetivo.

Como nos é explicitado pelos mais importantes comentadores de Ferenczi, este, ao longo dos seus anos de prática, ficou reconhecido por ser um exímio clínico, sobretudo, quando se tratava de casos cujo sofrimento psíquico não se enquadrava na técnica psicanalítica instituída; tendo recebido pacientes de todas as partes do mundo, inclusive, encaminhados por seus colegas. Assim, sua clínica foi se constituindo, majoritariamente, por “pacientes difíceis” que suscitavam os mais diversos impasses clínicos. Nesta conjuntura, podemos acompanhar, ao longo de toda a sua obra, sua singular *disponibilidade* e seu inquietante esforço para construir meios de intervenção psicanalítica para os mais diversos modos de sofrimento, mesmo que esse movimento investigativo implicasse em certos desvios em relação ao modelo técnico e teórico proposto por Freud. Nesse

sentido, a questão mais importante que parece estar colocada é a da *experimentação*. E a condição de possibilidade para que esta ocorra é de estar sempre no limite, sobretudo, no limite da técnica psicanalítica, uma vez que as exigências de reformulações sempre partem dos impasses que emergem na clínica.

Podemos parafrasear Ferenczi, quando este dizia ser necessário injetar impulsos de vida e razões para se continuar existindo naqueles que sofriam dos efeitos mortíferos do trauma, e dizer que, quando um impasse paralisante se impõe à técnica psicanalítica, podemos injetar impulsos ferenczianos para ousar experimentar outras abordagens, que, talvez, *ainda* não sejam psicanalíticas *stricto sensu*. Desta maneira, seu legado mais importante diz respeito à postura ética de tomar o analista e sua técnica como um fator fundamentalmente modificável na situação analítica, de acordo com os contextos transferencial e relacional. Em outras palavras, Ferenczi nos mostra que a técnica psicanalítica sempre se encontra no limite entre o que já está instituído e o que está por vir. É nesse sentido que o psicanalista húngaro priorizava o *experimental*. Cabe frisarmos, portanto, que a experimentação em Ferenczi, seja pelo exemplo da *técnica ativa*, da *elasticidade* ou, ainda, da *análise mútua*, implica em uma constante atenção à interação entre analisa e analisando, sobretudo, aos efeitos que perpassam toda a situação analítica.

Assim, podemos concluir sublinhando que a manutenção de uma constante problematização acerca das condições de analisabilidade para as mais diversas expressões do sofrimento e, ao mesmo tempo, a experimentação de novas abordagens técnicas e teóricas, são como condições para a preservação da vivacidade dos modos de clinicar e de teorizar em psicanálise.

7.

Referências Bibliográficas

ABRAHAM, Nicholas; TOROK, Maria. **The Wolf Man's Magic Word: A Cryptonymy**. Minneapolis: Minnesota University Press, 1986.

AVELLO, J. **Para leer a Ferenczi**. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, 1998.

_____. **La isla de sueños de Sándor Ferenczi: nada más que pulsión de vida**. Madrid: Editorial Biblioteca Nova, 2006.

BALINT, M. Introdução: As experiências técnicas de Sándor Ferenczi: perspectivas para uma evolução futura. In: **Sándor Ferenczi Obras completas IV**. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

_____. (1932). Character Analysis and New Beginning. In: **Primary love and psychoanalytic technique**. London: Hogarth, 1952.

_____. (1935). The final goal of psychoanalytic treatment. In: **Primary love and psychoanalytic technique**. London: Hogarth, 1952.

_____. (1933). On transference of emotions. In: **Primary love and psychoanalytic technique**. London: Hogarth, 1952.

BARANDE, I. **Sándor Ferenczi**. Paris: Éditions Payot & Rivages, 1996.

BIRMAN, J. Finitude e interminabilidade do processo psicanalítico. In: BIRMAN, J., NICÉAS, C.A. (orgs). **Análise com ou sem fim?**. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

_____. **Por uma estilística da existência**. São Paulo: Editora 34, 1996.

_____. **Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

_____. O cuidado de si no futuro da psicanálise. In: ALONSO, A. ARAUJO, R. (Orgs). **O futuro da psicanálise**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002.

_____. **O mal-estar na pós-modernidade**. Palestra realizada no Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae em 2004.

Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=cyDrrpRuwsE>>.

Acesso em: 10 ago. 2004.

_____. Borda e dobra em psicanálise: sobre o limite na experiência psicanalítica. In GARCIA, C.A., CARDOSO, M.R. (orgs). **Limites da clínica, clínica dos limites**. Rio de Janeiro, Companhia de Freud Editora, 2011.

_____. **O sujeito na contemporaneidade: espaço, dor e desalento na atualidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

_____. **Arquivo e memória da experiência psicanalítica**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2014.

BOLOGNINI, S. *A empatia psicanalítica*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud Editora, 2008.

BOKANOWSKI, T. Sándor Ferenczi: Negative Transference and Transference Depression. In RUDINITSKY, P.L, BÓKAY, A., GIAMPIERI-DEUTSCH, P. (orgs). **Ferenczi's Turn in Psychoanalysis**. New York: New York University Press, p. 120-144, 1996.

_____. **Sándor Ferenczi**. São Paulo: Via Lettera, 2000.

_____. **T. A prática analítica**. Rio de Janeiro: IMAGO, 2002.

CANO, T. M., KUPERMANN, D. "O uso da *Einfühlung* em Freud no horizonte da dimensão sensível da experiência psicanalítica". In: FIGUEIREDO, L. C., SAVIETTO, B. B., SOUZA, O. (orgs). **Elasticidade e limite na clínica contemporânea**. São Paulo, Editora Escuta, 2013.

CARDOSO, M. R. A insistência do traumático no espaço psíquico e analítico. In: CARDOSO, M. R. & GARCIA, C. A. (eds.). **Entre o eu e o outro: espaços fronteiriços**. Curitiba: Juruá Editora, 2010.

COELHO JUNIOR, N. E. Ferenczi e a experiência da *Einfühlung*. In: **Revista Ágora**, vol.7, n.1, p. 73-85, 2004.

DEJOURS, C. Biologia, psicanálise e somatização. In: VOLICH, R. M.; FERRAZ, F.C.; ARANTES, M.A.A.C.A. *Psicossoma II*. **Psicossomática Psicanalítica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

DUPONT, J. Préface: Les sources des inventions. In: **Ferenczi-Grodeck Correspondance (1921-1933)**. Paris: Payot, 1982.

EHRENBERG, A., (2000). O sujeito incerto da depressão e a individualidade do fim do século. **La fatiga de ser uno mismo –**

Depresión y sociedad - Ediciones Nueva Visión SAIC, Buenos Aires, 2000.

FERENCZI, S. (1909). Transferência e introjeção. In: **Obras completas Vol. I.** São Paulo, Martins Fontes, 2011.

_____. (1912) O conceito de introjeção. In: **Obras completas Vol. I.** São Paulo, Martins Fontes, 2011.

_____. (1913a) Um sintoma transitório: a posição do doente durante o tratamento. In: **Obras completas Vol. II.** São Paulo, Martins Fontes, 2011.

_____. (1913b) O desenvolvimento do sentido de realidade e seus estágios. In: **Obras completas Vol. II.** São Paulo, Martins Fontes, 2011.

_____. (1914a) Sensação de vertigem no fim da sessão analítica. In: **Obras completas Vol. II.** São Paulo, Martins Fontes, 2011.

_____. (1914b) Quando o paciente adormece durante a sessão de análise. In: **Obras completas Vol. II.** São Paulo, Martins Fontes, 2011.

_____. (1917) As patoneuroses. In: **Obras completas Vol. II.** São Paulo, Martins Fontes, 2011.

_____. (1918) A técnica psicanalítica. In: **Obras completas Vol. II.** São Paulo, Martins Fontes, 2011.

_____. (1919) Dificuldades técnicas de uma análise de histeria. In: **Obras completas Vol. III.** São Paulo, Martins Fontes, 2011.

_____. (1921) Prolongamentos da técnica ativa em Psicanálise. In: **Obras completas Vol. III.** São Paulo, Martins Fontes, 2011.

_____. (1923) Sonho do bebê sábio. In: **Obras completas Vol. III.** São Paulo, Martins Fontes, 2011.

_____. (1924a) Perspectivas da psicanálise. In: **Obras completas Vol. III.** São Paulo, Martins Fontes, 2011.

_____. (1924b) O desenvolvimento do sentido de realidade erótica e seus estágios. In: **Obras completas Vol. III.** São Paulo, Martins Fontes, 2011.

_____. (1924c) As fantasias provocadas. In: **Obras completas Vol. III.** São Paulo, Martins Fontes, 2011.

_____. (1926a) Contraindicações da técnica ativa. In: **Obras completas Vol. III**. São Paulo, Martins Fontes, 2011.

_____. (1926b) As neuroses de órgão e seu tratamento. In: **Obras completas Vol. III**. São Paulo, Martins Fontes, 2011.

_____. (1927a) Adaptação da família à criança. In: **Obras completas Vol. IV**. São Paulo, Martins Fontes, 2011.

_____. (1927b) O problema do fim da análise. In: **Obras completas Vol. IV**. São Paulo, Martins Fontes, 2011.

_____. (1928) Elasticidade da técnica psicanalítica. In: **Obras completas Vol. IV**. São Paulo, Martins Fontes, 2011.

_____. (1929) A criança mal acolhida e sua pulsão de morte. In: **Obras completas Vol. IV**. São Paulo, Martins Fontes, 2011.

_____. (1930) Princípio de relaxamento e neocatarse. In: **Obras completas Vol. IV**. São Paulo, Martins Fontes, 2011.

_____. (1931) Análises de crianças com adultos. In: **Obras completas Vol. IV**. São Paulo, Martins Fontes, 2011.

_____. (1933) Confusão de línguas entre adultos e a criança. In: **Obras completas Vol. IV**. São Paulo, Martins Fontes, 2011.

_____. (1934) Reflexões sobre o trauma. In: **Obras completas Vol. IV**. São Paulo, Martins Fontes, 2011.

_____. **Diário clínico**. São Paulo, Martins Fontes, 1990.

FIGUEIREDO, L. C. A tradição ferencziana de Donald Winnicott: Apontamentos sobre regressão e regressão terapêutica. **Revista Brasileira de psicanálise Brasília**, v. 36, n. 4, p. 909-927, 2002.

FREUD, S. (1895) A psicoterapia da histeria. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. II. Rio de Janeiro: Imago, 1995.

_____. (1900) Interpretação dos sonhos. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. IV. Rio de Janeiro: Imago, 1987.

_____. (1904 [1903]) O método psicanalítico de Freud. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1989.

_____. (1905) Os chistes e sua relação com o inconsciente. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1995.

_____. (1905 [1904]) Sobre a psicoterapia. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1989.

_____. (1905 [1901]) Fragmento da análise de um caso de histeria. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1989.

_____. (1910 [1909]) Cinco lições de psicanálise. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XI. Rio de Janeiro: Imago, 1970.

_____. (1910a) As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XI. Rio de Janeiro: Imago, 1970.

_____. (1910b) A Concepção Psicanalítica Sobre a Perturbação Psicogênica da Visão. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XI. Rio de Janeiro: Imago, 1970.

_____. (1910c) Psicanálise 'silvestre'. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XI. Rio de Janeiro: Imago, 1970.

_____. (1911) Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (dementia paranoides). In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. (1912a) A dinâmica da transferência. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, Vol. XII, 2006.

_____. (1912b) Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, Vol. XII, 2006.

_____. (1913) Sobre o início do tratamento. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. (1913 [1912-13]) Totem e tabu. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XIII. Rio de Janeiro: Imago, 1995.

_____. (1914a) Recordar, repetir e elaborar. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. (1914b) História do movimento psicanalítico. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

_____. (1914c) Sobre o narcisismo: uma introdução. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

_____. (1915a) Observações sobre o amor transferencial. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. (1915b) Os instintos e suas vicissitudes. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

_____. (1915c) O inconsciente. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

_____. (1917a) Resistência e Repressão. In: Conferências Introdutórias sobre psicanálise (1916-1917 [1915-1917]). **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____. (1917b) O estado neurótico comum. In: Conferências Introdutórias sobre psicanálise (1916-1917 [1915-1917]). **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____. ([1914] 1918) História de uma neurose infantil. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____. ([1918]1919) Linhas de progresso a terapia psicanalítica. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____. (1919) Introdução à psicanálise e as neuroses de guerra. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____. (1920) Além do princípio do prazer. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____. (1921) Psicologia de grupo e análise do ego. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____. (1923) O Ego e o id. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____. (1924) O problema econômico do masoquismo. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____. (1925 [1924]) Um estudo autobiográfico. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____. (1926[1925]) Inibição, sintoma e angústia. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____. (1933) Sándor Ferenczi. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XXII. Rio de Janeiro: Imago, 1994.

_____. (1940 [1938]) Esboço de psicanálise. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____. (1937a) Análise terminável e interminável. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____. (1937b) Construções em Análise. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

ETCHEGOYEN, R. H. **Fundamentos da Técnica Psicanalítica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

FONTES, I. (2002). **Memória corporal e transferência: fundamentos para uma psicanálise do sensível**. São Paulo: Via Lettera Editora e Livraria.

GARCIA, C. A. (2005). Trauma e narcisismo Negativo: Questões para a clínica contemporânea. . In: CARDOSO, M. R. & GARCIA, C. A. (eds.). **Entre o eu e o outro: espaços fronteiriços**. Curitiba: Juruá Editora, 2010.

GARCIA, C. A. (2009) Continuidade e ruptura no processo de constituição psíquica. In: CARDOSO, M. R. & GARCIA, C. A. (eds.). **Entre o eu e o outro: espaços fronteiriços**. Curitiba: Juruá Editora, 2010.

GARCIA, C. A. (2012). A inflação do privado e suas repercussões no processo de constituição psíquica. In: WINOGRAD, M.; SOUZA, M. (Org.). **Processos de subjetivação, clínica ampliada e sofrimento psíquico**. Rio de Janeiro: Faperj, 2012.

GARCIA-ROZA, L. A. **Freud e o inconsciente**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 2007.

GARDINER, M. (Org.). **L'Homme aux loups par ses psychanalystes et par lui-même**. Paris: Gallimard, 1981.

GIAMPIERI-DEUTSCH, P. The Influence of Ferenczi's Ideas on Contemporary Standard Technique. In: RUDINITSKY, P.L, BÓKAY, A., GIAMPIERI-DEUTSCH, P. (orgs). **Ferenczi's Turn in Psychoanalysis**. New York: New York University Press, p. 224-247, 1996.

GURFINKEL, D. Psicanálise, regressão e psicossomática: nas bordas do sonhar. In: **Psicossoma: psicossomática psicanalítica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

HAYNAL, A. (1988). **A técnica em questão: controvérsias em psicanálise: de Freud e Ferenczi a Michael Balint**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1995.

- HAYNAL, A. **Disappearing and reviving: Sándor Ferenczi in the History of Psychoanalysis**. London, Karnac, 2002.
- HERRMANN, F. **Análise didática uma história feita de críticas**. In: *Jornal de Psicanálise*. v. 41, n.74, p. 71-111, São Paulo, 2008.
- KAËS, R. (2005). **Espaços psíquicos comuns e partilhados: transmissão e negatividade**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2011.
- KING, P. & STEINER, R. (Org.). **As controvérsias Freud-Klein 1941-1945**. Rio de Janeiro: Imago, 1998.
- KLEIN, M. **La psychanalyse des enfants**. Paris: PUF, 1959.
- KUPERMANN, D. Resistência no encontro afetivo e criação na experiência clínica. In: MACIEL JUNIOR, A., KUPERMANN, D., TEDESCO, S. (orgs). **Polifonias: clínica, política e criação**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, p. 73-88, 2005.
- KUPERMANN, D. **Presença sensível: cuidado e criação na clínica psicanalítica**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.
- LANDA, F. **Ensaio sobre a criação teórica em psicanálise: de Ferenczi a Nicolas Abraham e Maria Torok**. São Paulo: Editora UNESP: FAPESP, 1998.
- LAPLANCHE, J., PONTALIS, J. B. **Vocabulário de psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.
- LASCH, C. (1979). **A Cultura do Narcisismo- A vida americana numa era de esperanças em declínio**. Editora Imago, Rio de Janeiro, 1983.
- _____. (1986). **O Mínimo Eu: sobrevivência psíquica em tempos difíceis**; traduzido por João Roberto Martins Filho e Ana Maria L. Ioratti - Editora Brasiliense. São Paulo, 1986.
- MEZAN, R. O símbolo e o objeto em Ferenczi. In: Chaim S. Katz (org.) **Ferenczi: história, teoria, técnica**. São Paulo, Editora 34. 1996.
- MEZAN, R. **Interfaces da psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.
- MEZAN, R. **Freud: a trama dos conceitos**. São Paulo: Editora Perspectiva S.A., 2011.
- MEZAN, R. **O tronco e os ramos - Estudos de história da psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

- MCDUGALL, J. **Em defesa de uma certa anormalidade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- OGDEN, T. Sobre sustentar e conter, ser e sonhar. In: **Esta arte da psicanálise**. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- OLIVEIRA, L. E. **Sándor Ferenczi: la psychanalyse autrement**. Paris, Armand Colin Éditeur, 2011.
- PEIXOTO JUNIOR, C. A. Sobre regressão e novo começo: Balint e a técnica psicanalítica. In: **Revista Percurso**, n. 29, p. 92-102, 2002.
- PEIXOTO JUNIOR, C. A. **Singularidade e subjetivação: ensaios sobre clínica e cultura**. Rio de Janeiro, 7Letras/ Editora PUC-Rio, 2008.
- PERES, R. S. O corpo na psicanálise contemporânea: sobre as concepções psicossomáticas de Pierre Marty e Joyce McDougall. In: **Psicologia Clínica**. Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, v. 18, n.1, p. 165-177, 2006.
- PINHEIRO, T. **Ferenczi: do grito à palavra**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.: Ed UFRJ, 1995.
- REIS, E. S. **De corpos e afetos: transferências e clínica psicanalítica**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2004.
- ROUSSILLON, R. L'aventure technique de Ferenczi. In: BOKANOWSKI, T., KELLEY-LAINÉ, K., PRAGIER, G. (dir.) Sándor Ferenczi. Monographies de la **Revue française de psychanalyse**, Paris: PUF, p. 99-110, 1998.
- ROUSSILLON, R. **Agonie, clivage et symbolisation**. Paris: PUF, 1999.
- SABOURIN, P. **Ferenczi, paladino e grão-vizir secreto**. São Paulo, Martins Fontes, 1988.
- SABOURIN, P. (1985) Posfácio: Perdão mútuo, sucesso final! In: **Diário clínico/ Sándor Ferenczi**. São Paulo: Martins Fontes, 1990.
- SABOURIN, P. **Sándor Ferenczi, un pionnier de la clinique**. Paris, Éditions CampagnePremière, 2011.
- SENNET, R. (1988). **O Declínio do Homem Público: as tiranias da intimidade**. Tradução: Lygia Araújo Watanabe — São Paulo; Companhia das Letras.

SALZTRAGER, R. et al. Transferência e sofrimento narcísicos: o analista como catalisador de sentido. In: **Cadernos de Psicanálise – CPRJ**. v. 36, n. 31, p. 187-207, 2014.

SOUZA, O. As relações entre psicanálise e psicoterapia e a posição do analista. In: FIGUEIREDO, L. C., SAVIETTO, B. B., SOUZA, O. (orgs). **Elasticidade e limite na clínica contemporânea**. São Paulo, Editora Escuta, 2013.

THOMPSON, C. (1950). **Evolução da psicanálise**. Rio de Janeiro, Martins Fontes, 1969.

VEMOREL, M., VEMOREL, H. Le concept d'introjection de Ferenczi dans son dialogue avec Freud. In: BOKANOWSKI, T., KELLEY-LAINÉ, K., PRAGIER, G. (dir.) Sándor Ferenczi. Monographies de la **Revue française de psychanalyse**, Paris: PUF, p.75-86, 1998.

ROUDINESCO, E., PLON, M. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

WINNICOTT, D. (1945) O desenvolvimento emocional primitivo. In: **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.

_____. (1951) Objetos transicionais e fenômenos transicionais (1951) In: **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.

_____. (1956) A preocupação materna primária. In: **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.

_____. (1954) Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto analítico. In: **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago Ed, 2000.

_____. (1955) Formas clínicas da transferência. In: **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.

_____. (1963) Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In: **O Ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre, Artmed, 2008.

_____. (1962) A integração do ego no desenvolvimento da criança.

In: **O Ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre, Artmed, 2008.

_____. **Brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.