

## SIGMUND FREUD E SÁNDOR FERENCZI<sup>1</sup>

Gisela Paraná Sanches<sup>2</sup>

“O médico deve ser opaco aos seus pacientes, e como um espelho não lhes mostrar nada, exceto o que lhe é mostrado.” (Freud, 1912e, p. 157).

“... não será natural, e também oportuno, ser francamente um ser dotado de emoções, ora capaz de empatia, ora abertamente irritado? O que quer dizer: mostrar-se sem disfarces, tal como se exige do paciente.” (Ferenczi, 1932, p. 132).

### 1. INTRODUÇÃO

Quando em 2 de fevereiro de 1908 Sigmund Freud e Sándor Ferenczi encontraram-se em Viena pela primeira vez, certamente nenhum dos dois poderia imaginar o quão frutífero, rico e decisivo para a história da psicanálise esse novo relacionamento resultaria.

Depois de um longo período de íntima e devotada colaboração, trabalhando como um dos mais leais defensores da “causa” freudiana, Ferenczi vai, paulatinamente, afastando-se de Freud e criando o que há de mais inovador em sua obra.

Ainda que tenha mantido sempre seu ex-analista como a referência maior de seus trabalhos, vários foram os pontos de conflito com Freud. A etiologia e o papel do trauma nas perturbações psíquicas, os limites terapêuticos da psicanálise, e a participação estruturante do psicoanalista na relação analítica e nos destinos de toda e qualquer análise foram talvez os principais deles. O entendimento do que venha a ser a contratransferência e de como deveria ser utilizada na clínica surge, assim, como uma das mais interessantes e profícuas questões no campo de técnica analítica a partir da controvérsia Freud-Ferenczi.

Entretanto, diferentemente dos discípulos que se tornariam dissidentes de Freud (como Gustav Jung e Alfred Adler, por exemplo), Ferenczi jamais rompeu de forma efetiva os fortes laços intelectuais, profissionais e emocionais que o ligaram a Freud até sua morte em maio de 1933.

Sem a pretensão de desenvolver e aprofundar as múltiplas e intrincadas questões envolvidas no relacionamento Freud-Ferenczi -o que nos levaria para além dos limites deste trabalho- vamos nos ater apenas à interessante ideia de uma possível “*filiação paradoxal*” (Schneider, 1991) de Ferenczi em relação a Freud, ou seja, a suposição de que vários dos temas desenvolvidos por Ferenczi seriam precisamente alguns dos quais, na obra de Freud, aparecem *latentes, dissociados ou deliberadamente (poderíamos mesmo dizer; estrategicamente) não trabalhados*.

A ideia de que um mestre (professor, supervisor ou analista) “ensina” a seu discípulo (aluno, supervisionando ou paciente) além daquilo que sabe, também e inescapavelmente aquilo que ele conscientemente “não sabe” -porque recalçado, cindido ou suprimido em sua transmissão- parece-nos especialmente frutífera em se tratando das obras de Freud e de Ferenczi.

---

1.- Este artigo é uma versão resumida e modificada dos capítulos 3 e 4 de minha Dissertação de Mestrado intitulada “Sándor Ferenczi e as bases para uma nova concepção de relação psicanalítica” apresentada à PUCSP em junho de 1994.

2.- Psicóloga: Mestre em Psicologia Clínica pela PUC-SP; Membro de Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae, de São Paulo e Professora de Psicologia da Universidade Paulista (Unip/Objetivo).

É nessa linha de raciocínio que Figueira (1993) desenvolve a ideia de que os textos técnicos de Freud estabelecem *três níveis de comunicação* com o leitor. Para ele, um exame cuidadoso das recomendações de Freud sobre a prática da psicanálise nos levará a perceber três diferentes níveis que envolvem, cada um deles, uma diferente relação de poder entre Freud e o leitor. Esses níveis caminham respectivamente “de fora para dentro em relação ao analista”, isto é, expressam recomendações primeiramente comportamentais para então focalizar o funcionamento psíquico do analista durante as sessões e, finalmente, sua organização psíquica (ou sua personalidade) independente do trabalho como analista. Esses níveis, *não explicitados por Freud*, aparecem, segundo Figueira (1993), de forma clara, em textos de Freud, como, por exemplo, em seu artigo “Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise”, de 1912:

“As regras técnicas que estou apresentando aqui alcancei-as por minha própria experiência, no decurso de muitos anos, após resultados pouco afortunados me haverem levado a abandonar outros métodos. Ver-se-á facilmente que elas (ou pelo menos, muitas delas) podem ser resumidas num preceito único... Minha esperança é que a observação delas poupe aos médicos que exercem a psicanálise muito esforço desnecessário e resguarde-os contra algumas inadvertências. Devo, contudo, tornar claro que o que estou asseverando é que *esta técnica é a única apropriada à minha individualidade; não me arrisco a negar que um médico constituído de modo inteiramente diferente possa ver-se levado a adotar atitude diferente em relação a seus pacientes e à tarefa que se lhe apresenta*” (Freud, 1912e, p. 149, grifos meus).

Utilizando o trecho acima citado, Figueira (1993) analisa esses níveis de comunicação estabelecidos por Freud, sendo o primeiro deles definido da seguinte forma:

“Nível I: resume a codificação do superego técnico do psicoanalista modelo IPA (International Psycho-Analytical Association), codificação que é também uma ética, e que sofre ataques, relativizações e alterações de todo tipo, vindos inclusive do próprio Freud (cf. Figueira, 1992c).” (Figueira, 1993, p. 1).

O segundo nível representa *a contrapartida, para o analista, da “regra fundamental da psicanálise” estabelecida para o paciente*, ou seja, refere-se ao regime de funcionamento psíquico necessário à atenção equiflutuante que, no analista, corresponde à *associação livre* do paciente. Este nível é descrito por Figueira como se segue:

“Nível II: resume a base de uma ‘clínica do analista’: as regras não são -como é passado no nível anterior- médico-cirúrgicas, e muito menos religiosas como vieram a se tornar após sua institucionalização, mas são regras resumíveis em um único preceito que coordena, tal como em certas práticas orientais, qual deve ser o *posicionamento subjetivo do analista* para que possa haver análise.” (Figueira, 1993, p. 1).

O terceiro e último nível poder ser definido da seguinte maneira:

“Nível III: em contradição, e relativizando os níveis anteriores, Freud afirma a derivação desta técnica de sua personalidade, individualidade, apontando para a possibilidade de emergência de *outras técnicas a partir de outras organizações subjetivas* (com isso abrindo a possibilidade de se pensar a técnica como estilo).” (Figueira, 1993, PP. 1-2; grifos meus)

Como mostra Figueira, podemos ver que, em apenas um parágrafo, que poderia muito bem nos passar despercebido, Freud: a) utiliza-se do poder de sua autoridade de fundador da psicanálise e de sua longa experiência clínica para tornar mais persuasivas suas recomendações técnicas que, como sabemos, são *predominantemente negativas* e referem-se basicamente a regras *comportamentais* (não anotar durante as sessões, não aconselhar, não manter contacto físico, etc.); b) salienta a necessidade de uma *alteração no funcionamento psíquico do analista* (a atenção equiflutuante, por exemplo); e c) indica a possibilidade

de tantos desenvolvimentos técnicos diversos dos que, pela força de sua autoridade desejava disseminar, quantas forem às personalidades dos analistas.

Ora, o que entender afinal? Que devemos nos submeter às regras já testadas e avaliadas pela autoridade máxima em psicanálise? Ou que estamos livres -autorizados pelo próprio fundador da psicanálise- a adequar nossa técnica analítica a nossa própria personalidade? Não é difícil supor, portanto, que Freud tenha estabelecido uma relação que proponho denominar aqui de “*duplo vínculo de transmissão*” com seus discípulos, especialmente com aqueles que se submeteram à análise com ele (cf. os surpreendentes relatos de expacientes e ex-alunos de Freud que mostram a discrepância entre o que ele formalmente recomendava e o modo como *de fato* os atendia, citados por Haynal, 1988).

Parece bastante provável que muitos dos “desvios” e “dissidências” ocorridos entre seus seguidores devem ter tido uma ampla e competente colaboração do próprio Freud que, de forma sutil, soube indicar o caminho desviante...

No caso de Ferenczi, podemos perceber como o desenvolvimento de sua obra vai gradativamente, e cada vez com maior clareza, caminhando em direção ao segundo e, principalmente, ao *terceiro nível* proposto por Freud. Isso equivale a dizer que o florescimento do que há de mais original no pensamento de Ferenczi é diretamente proporcional ao afastamento pessoal e profissional de Freud, *porque cada vez mais próximo daquilo que, na obra de Freud, corresponde ao não-oficial, ao latente, ao dissociado*. Portanto, não é de se estranhar que suas ideias tenham produzido tamanho embaraço e incomodado de forma tão intensa o *establishment* psicanalítico (até aquele momento representado quase que exclusivamente pela própria pessoa de Freud).

Nesse mesmo trabalho, Figueira explica:

“... toda codificação supra-pessoal no campo da técnica psicanalítica gera automaticamente a possibilidade lógica de seu ‘avesso’ -que é a problemática de derivação da técnica a partir da personalidade. O primeiro a explorar esta ‘outra problemática’ foi Ferenczi, mas isso tem obscurecido uma questão mais ampla na organização do campo analítico: epistemologicamente pensada, não é a obra de Ferenczi que cria esta dimensão, mas é Freud que gera esta dimensão ao excluí-la de sua codificação oficial. É isto que explica, ao longo do desenvolvimento da psicanálise, o surgimento de *vários Ferenczi*, sem que necessariamente tenha havido contato direto ou de formação intelectual entre eles. (...) Este terceiro nível é, então, *o grande recalçado* desta codificação normativa de Freud, pois é justamente a questão a derivação pessoal da técnica que Freud não vai poder desenvolver explicitamente, e que acaba ficando nas mãos do gênio clínico de Ferenczi e de outros.” (Figueira, 1993, p. 2)

É exatamente a parti do desenvolvimento desse terceiro nível de comunicação dos trabalhos técnicos freudianos -ou seja da derivação pessoal da técnica tal como definido por Figueira- que vai se estabelecer o conceito de *contratransferência* na obra de Ferenczi.

Como veremos, Freud sempre manteve uma concepção *negativa* do fenômeno da contratransferência. Na verdade, o termo “contratransferência” é utilizado por ele apenas *três vezes* ao longo dos vinte e três volumes de suas obras completas.

É em 1910, em “As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica”, que o termo aparece pela primeira vez. Nesse artigo Freud expressa sua visão da contratransferência como algo a ser superado ou ultrapassado para que o analista volte a trabalhar em condições adequadas:

“Tornamo-nos cientes da *contratransferência* que nele [no analista] surge como resultado da influência do paciente sobre seus sentimentos e a *sobrepujará*.” (Freud, 1910d, p. 130; grifos meus)

E, em “Observações sobre o amor transferencial”, de 1915, as duas últimas referências diretas ao fenômeno contratransferencial aparecem, indicando, na primeira, seu caráter negativo e indesejável:

“Para o médico, o fenômeno [o amor transferencial do paciente em relação ao analista] significa um

esclarecimento valioso e uma advertência útil *contra qualquer tendência a uma contratransferência* que pode estar presente em sua própria mente.” (Freud, 1915<sup>a</sup>, PP. 209-210; grifos meus)

E, na segunda, a reiteração da necessidade de uma posição *neutra* -portanto livre de sentimentos contratransferenciais- do analista:

“... *Não devemos abandonar a neutralidade* para com o paciente, que adquirimos por manter controlada a contratransferência.” (Freud, 1915a, p. 214; grifos meus)

É importante lembrar aqui que, contariamente ao que ocorreu com Ferenczi ao longo de sua obra, as iniciais inquietações terapêuticas de Freud foram cedendo lugar a um profundo e gradual pessimismo quanto à eficácia clínica da psicanálise. “Nunca fui um terapeuta entusista” declarou em suas “Novas conferências introdutórias” (Freud, 1933a). E a Kardiner teria confessado:

“Não tenho grande interesse por problemas terapêuticos. Nesse momento, me sinto muito impaciente. Tenho uma série de *handicaps* que me desqualificam como um grande analista” (Kardiner, 1977, p. 69, citado por Haynal, 1988, p. 4; tradução minha)

Já o longo e sofrido percurso teórico-clínico percorrido por Ferenczi o havia convencido de que pacientes com graves comprometimentos de estrutura egóica, como os -hoje sabemos- de organização borderline ou psicótica com os quais se ocupava, exigiam um tipo de *relação terapêutica* essencialmente diverso daquele ensinado por Freud. Isso significava dizer que a posição de neutralidade do analista, na qual Freud insistia em seus escritos técnicos, parecia a Ferenczi incompatível ao trabalho terapêutico com esse tipo de pacientes; fato que pode ter contribuído no sentido de levar Freud a sentir-se mais e mais impotente na análise desses pacientes...

Além da indignação com a hipocrisia do “faça o que eu digo, mas não o que eu faço” (Hoffer, 1991, p. 469) expressa na atitude de Freud, Ferenczi revoltara-se contra a insensibilidade presente na postura distante e hierárquica de seu ex-analista. Quando todas as indicações (decorrentes de suas mais recentes experiências técnicas) apontavam para um modelo relacional muito mais igualitário, afetivo, sincero e humano, Freud mostrava-se gradativamente mais impaciente, intelectualizante, e pouco disponível afetivamente.

## 2. DIÁLOGO DE INCONSCIENTES

Em “Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise”, Freud (1912c) define sua genial descoberta sobre a forma pela qual os conteúdos latentes do discurso do paciente podem ser captados pelo analista. Nesse artigo ele escreve:

“É fácil perceber para que objetivo as diferentes regras que apresentei convergem. (...) Todas elas se destinam a criar, para o médico, uma contrapartida à ‘regra fundamental da psicanálise’ estabelecida para o paciente. Assim como o paciente deve relatar tudo o que sua auto-observação possa detectar, e impedir todas as objeções lógicas e afetivas que procuram induzi-lo a fazer uma seleção dentre elas, *também o médico deve colocar-se em posição de fazer uso de tudo o que lhe é dito para fins de interpretação e identificar o material inconsciente oculto, sem substituir sua própria censura pela seleção de que o paciente abriu mão. Para melhor formulá-lo: ele deve voltar seu próprio inconsciente, como um órgão receptor, na direção do inconsciente transmissor do paciente.* Deve ajustar-se ao paciente como um receptor telefônico se ajusta ao microfone transmissor. Assim como o receptor transforma de novo em ondas sonoras as oscilações elétricas na linha telefônica que foram criadas por ondas sonoras, da mesma maneira o inconsciente de médico é capaz, a partir dos derivados do inconsciente que lhe são comunicados, de reconstruir esse inconsciente, que determinou as associações livres do paciente.” (Freud, 1912e, p. 154; grifos meus)

Mais uma vez, a inteligência clínica de Ferenczi levou-o a empreender uma inversão lógica a essa descoberta de Freud: se é verdade que o analista pode colocar-se em posição (através da atenção equiflutuante) de captar

e decodificar as mensagens transmitidas pelo inconsciente de seu paciente, não seria possível pensar que *também o paciente* pudesse fazê-lo em relação a seu terapeuta? Foi pensando assim que Ferenczi percebeu a necessidade de uma absoluta franqueza e autenticidade por parte do analista caso pretendesse obter bons resultados terapêuticos com seus pacientes, já que “pacientes perspicazes não tardam em desmascarar toda pose fabricada” (Ferenczi, 1928, p. 32). A idéia era a de que muitas análises chegavam a situações de impasse ou terminavam precoce e abruptamente no exato momento em que algo não admitido pelo analista, muitas vezes *nem mesmo a si próprio*, era captado inconscientemente pelo paciente. Em 1933 ele escreve:

“Cheguei pouco a pouco à convicção de que os pacientes percebem com muita sutileza os desejos, as tendências, os humores, as simpatias e antipatias do analista, *mesmo quando este está inteiramente inconsciente disso...*” (Ferenczi, 1933, p. 98; grifos meus)

Nesse mesmo trabalho, ele vai apontar para a problemática questão de *hipocrisia profissional* que, paralelamente à insinceridade pessoal consciente e inconsciente do analista vai obstaculizar o processo terapêutico:

“Uma grande parte da crítica recalcada [do paciente em relação ao analista] diz respeito ao que se poderia chamar de *hipocrisia profissional*. Acolhemos polidamente o paciente quando ele entra, pedimos-lhe que nos participe suas associações, prometemos-lhe, assim, escutá-lo com atenção e dedicar todo o nosso interesse ao seu bem-estar e ao trabalho de elucidação. Na realidade, é bem possível que certos traços, externos ou internos, do paciente nos sejam dificilmente suportáveis. Ou ainda, podemos sentir que a sessão de análise gera uma perturbação desagradável numa preocupação profissional mais importante, ou numa preocupação pessoal e íntima. Também nesse caso não vejo outro meio senão tomar consciência de nosso próprio incomodo e falar sobre ele com o paciente, admiti-lo, não só como possibilidade mas também como fato real. Assinalemos que renunciar assim à ‘hipocrisia profissional’, considerada até agora como inevitável, em vez de ferir o paciente, proporcionava-lhe, pelo contrário, um extraordinário alívio.” (Ferenczi, 1933, p. 99)

Ferenczi segue as indicações de Freud, que bem cedo percebera que a análise só é possível se o analista se encontrar numa determinada *posição subjetiva*. Em seu artigo de 1912, “Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise”, segundo Figueira (1993), Freud descreve sete pontos fundamentais sobre o posicionamento invisível do analista: 1) o funcionamento da memória inconsciente; 2) o controle do desejo “científico”; 3) o controle do envolvimento emocional e da ambição terapêutica; 4) a eliminação das resistências intra- psíquicas permitindo-se funcionar como órgão receptor do inconsciente do paciente; 5) o controle do desejo de auto-revelação e intimidade do analista; 6) o cerceamento da sedução intelectual do analista; e 7) o controle do desejo educativo (Figueira, 1993). Como vimos, todos esses aspectos se referem ao *segundo nível* de comunicação de Freud com o leitor em seus textos técnicos (Figueira, 1993). Eles dizem respeito, portanto, não a regras comportamentais observáveis (que aparecem no nível I), mas, precisamente, ao funcionamento interno do analista enquanto em contato com seus pacientes.

No intuito de desvendar os mistérios inerentes à capacidade terapêutica do analista, Freud fala, por exemplo, dos perigos que comportam sua ambição curativa:

“Nas condições atuais, *o sentimento mais perigoso para um psicanalista é a ambição terapêutica* de alcançar, mediante este método novo e muito discutido, algo que produza efeito convincente sobre outras pessoas. Isto não apenas o colocará num *estado de espírito desfavorável para o trabalho, mas torna-lo-á impotente* contra certas resistências do paciente, cujo restabelecimento, como sabemos, depende primordialmente da *ação recíproca de forcas nele*. A justificativa para exigir essa frieza emocional no analista é que ela 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, 1912e, pp. 153- 154; grifos meus)

É então Ferenczi quem -a partir das indicações freudianas- primeiro se aventura a examinar com mais

profundidade e com maior rigor os *processos mentais do analista no interjogo psíquico com seus pacientes*, ou seja, a contratransferência.

Ainda na década de 10, em “A técnica psicanalítica”, por exemplo, Ferenczi escreve:

“O psicanalista, por sua parte, não tem mais o direito de ser, à sua moda, afável e compassivo ou rude e grosseiro, na expectativa de que o psiquismo do paciente se adapte ao caráter do médico. Cumpre-lhe saber *dosar* a sua simpatia e mesmo interiormente jamais deve abandonar-se a seus afetos, pois o fato de estar dominado por afetos, ou mesmo por paixões, constitui um terreno pouco favorável à recepção e assimilação de dados analíticos. Mas sendo o médico, não obstante um ser humano e, como tal, suscetível de humores, simpatias, antipatias e também de ímpetos pulsionais -sem uma tal sensibilidades não poderia mesmo compreender as lutas psíquicas do paciente-, é obrigado, ao longo da análise, a realizar uma dupla tarefa: deve, por um lado, observar o paciente, examinar suas falas, construir seu inconsciente a partir de suas proposições e de seu comportamento; por outro lado, deve controlar constantemente sua própria atitude a respeito do paciente e, se necessário, retificá-la, ou seja, *dominar a contratransferência* (Freud).” (Ferenczi, 1919, p. 365)

Nesse mesmo artigo ele explica como o analista, mesmo tendo se submetido a uma análise profunda -o que ele sempre soube ser fundamental-, deve fazer uso de sua contratransferência. Diferentemente de Freud, ele considerava fenômenos contratransferenciais não apenas os pontos cegos ou os aspectos não trabalhados na análise do analista, mas *absolutamente tudo o que se passasse do lado do analista* -obstáculo ou instrumento para a análise- poderia ser definido como parte integrante de sua contratransferência, devendo ser examinado e compreendido analiticamente.

Ainda em “A técnico da psicanálise”, ele vai explicar o que acontece na ausência de um manejo eficaz da contratransferência, ou seja, na *primeira fase* da história da contratransferência:

“É difícil dizer de um modo geral como deve efetuar-se o controle da contratransferência (...) No começo da prática psicanalítica, supeitava-se muito pouco, evidentemente, dos perigos que pairam *deste lado*. Está-se na euforia do primeiro contato com o inconsciente; o entusiasmo do médico comunica-se ao paciente e o psicanalista deve a essa alegre segurança alguns êxitos terapêuticos *surpreendentes*. Sem dúvida, o papel da análise nesses êxitos é um tanto fraco e o da pura sugestão imenso, em outras palavras, são êxitos resultantes da transferência. Na euforia da lua-de-mel da análise, está-se igualmente muito longe de tomar em consideração a contratransferência e ainda mais longe de a controlar. Sucumbe-se a todos os afetos que a relação médico-paciente pode suscitar, deixamo-nos comover pelas angústias dos pacientes e até por suas fantasias, indignamos-nos contra todos aqueles que lhes são hostis ou lhes causaram mal. Em suma, *o médico faz seus, todos os interesses do paciente e espanta-se, em seguida, quando esse paciente, em quem a conduta dele despertou provavelmente suas esperanças, dá provas, de súbito, de exigências apaixonadas*. As mulheres pedem ao médico que se case com elas, os homens, que os entretenha ou os apoie, e todos deduzem de suas falas argumentos propícios a justificar tais pretensões. Naturalmente essas dificuldades são superadas prontamente no transcorrer da análise; invoca-se a sua natureza transferencial e são utilizadas como material para o prosseguimento do trabalho. Mas temos aí um resumo dos casos em que os médicos que praticam, seja uma terapêutica nãoanalítica, seja uma análise selvagem, são objeto de acusações ou de incriminações judiciais. É o *inconsciente do médico que os pacientes desvendam em suas acusações*. O médico entusiasta que, no seu desejo de curar e de explicar, quer ‘provocar’ seus pacientes, negligencia os sinais pequenos e grandes, da atração inconsciente que experimenta por seus pacientes de ambos os sexos, mas estes apercebem-se deles e deduzem corretamente dos mesmos a tendência que se encontra em sua origem, sem suspeitar de que o próprio médico não tinha consciência disso. O curioso é que nesse gênero de situação as duas partes têm razão...” (Ferenczi, 1919, pp. 365-366; grifos meus)

O que Ferenczi deixa claro (já em 1919!) é que uma transferência erótica do paciente, por exemplo, pode ser o resultado (obviamente sobredeterminado) de uma *indução do próprio analista*. É que por definição -através do “diálogo dos inconscientes”- sempre e inevitavelmente presente no contato entre paciente e analista -*tudo o que é pensado, sentido, desejado ou fantasiado consciente, pré-consciente ou inconscientemente pelo analista é passível de ser captado pelo paciente*.

Ora, se o analista inexoravelmente (e pelo simples fato de ser humano e de estar vivo) vai experimentar uma série de fantasias, desejos, sentimentos, sensações e pensamentos em relação a seus pacientes e, se por definição todo e qualquer paciente é capaz de (com maior ou menor precisão, consciente ou inconscientemente) captá-los, como será possível que se mantenha uma posição minimamente “neutra” como exigem nossos preceitos técnicos? A resposta é simples: controlando a contratransferência. Controlar, entretanto, não significa reprimir ou recalcar; ao contrário, o que se espera do analista é que possa, tanto quanto possível, *manter-se constantemente em contato* com toda a sorte de afetos e pensamentos que lhe ocorram em relação a seus pacientes. O medo e a angústia de experimentar as vivências contratransferenciais correspondem ao que Ferenczi denominou de *segunda fase* da história da contratransferência. Ele diz:

“Depois, quando o psicanalista aprendeu laboriosamente a avaliar os sintomas da contratransferência e chega a controlar tudo o que poderia dar lugar a complicações em seus atos, suas falas e até em seus sentimentos, ele corre então o perigo de cair no outro extremo, tornar-se *excessivamente duro e inacessível ao paciente*; o que retardaria ou mesmo tornaria impossível o surgimento da transferência, condição prévia a toda análise bem-sucedida. Poderíamos definir esta segunda fase como a de *resistência à contratransferência*. *Uma ansiedade desmedida a esse respeito não é a atitude correta* e só depois de ter transposto essa fase é que o médico pode aguardar a terceira: a de controle da contratransferência.” (Ferenczi, 1919, pp. 366367; grifos meus)

Essa segunda etapa no desenvolvimento do estudo e do trabalho analítico com a contratransferência parece ser aquela na qual se encontram a maioria dos analistas contemporâneos... Isso talvez aconteça porque:

“A terapêutica analítica cria, (...) para o médico, exigências que parecem contradizer-se radicalmente. Pede-lhe que de livre curso às suas associações e às suas fantasias, que deixe falar *o seu próprio inconsciente*; Freud ensinou, com efeito, ser essa a única maneira de aprendermos intuitivamente as manifestações do *inconsciente*, dissimuladas no conteúdo manifesto das proposições e dos comportamentos do paciente. Por outro lado, o médico deve submeter a um exame metódico o material fornecido, tanto pelo paciente, quanto por ele próprio, e só esse trabalho intelectual deve guiá-lo, em seguida em suas falas e em suas ações. Com o tempo, ele aprenderá a interromper este estado permissivo em face de certos sinais automáticos, oriundos do pré-consciente, substituindo-o pela atitude crítica. Entretanto, essa *oscilação permanente entre o livre jogo da imaginação e o exame crítico exige do psicanalista o que não é exigido em nenhum outro domínio da terapêutica: uma liberdade e uma mobilidade dos investimentos psíquicos, isentos de toda inibição*.” (Ferenczi, 1919, p. 367; grifos meus)

É esse complexo funcionamento interno que se movimenta de modo pendular entre trabalho intelectual rápido e preciso, e livre devaneio, passando pela auto-observação (de sentimentos, sensações físicas, fantasias, imagens visuais etc.), ou seja, entre concentração e relaxamento que o analista deve buscar alcançar.

Mais tarde, em 1928, Ferenczi vai reafirmar suas ideias:

“Pouco o pouco, vai-se percebendo até que ponto o trabalho psíquico desenvolvido pelo analista é, na verdade, complicado. Deixam-se agir sobre si as associações livres do paciente e, ao mesmo tempo, deixa-se a sua própria imaginação brincar com esse material associativo: nesse meio tempo, comparam-se as novas conexões com os resultados anteriores da análise, sem negligenciar, por um instante sequer, o exame e a crítica de suas próprias tendências. De fato, quase poderíamos falar de uma *oscilação perpétua entre ‘sentir com’, auto-observação e*

*atividade de julgamento*. Esta última anuncia-se, de tempos em tempos, de um modo inteiramente espontâneo, sob a forma de sinal que, naturalmente, só se avalia primeiramente como tal; é somente com base num material justificativo suplementar que se pode, enfim, decidir por uma interpretação” (Ferenczi, 1928, pp. 32-33; grifos meus)

Mas no que exatamente pensava Ferenczi quando sugeria ao analista um esforço no sentido de “sentir com” seu paciente? Obviamente, ele sabia que sofrer a dor do paciente da nada lhe adiantaria; pelo contrário, a projeção da angústia do paciente sobre o analista só expressa uma incapacidade de suportar a dor e uma conseqüente impossibilidade de superá-la. Em muitos momentos é essencial que o analista funcione como um continente provisório dessa angústia, algo como um “ego auxiliar”, até que a capacidade de continência egóica do paciente esteja restabelecida. Entretanto, o que se faz fundamental é que o analista *saiba conscientemente o que está fazendo, por que está fazendo e até quando deve fazê-lo*, sob o risco de tornar-se uma simples (e eterna) bengala para seu paciente. A ideia de Ferenczi sobre a capacidade do analista de “sentir com” não se refere, portanto, meramente ao compartilhar da dor psíquica (o que, em certos casos e em muitos momentos, também é preciso), mas à possibilidade de uma comunicação *empática* baseada em seu *tato* psicológico.

### 3. TATO E EMPATIA

Em seu brilhante artigo de 1928, “Elasticidade da técnica analítica”, Ferenczi vai definir o que se considera uma capacidade fundamental do analista: o tato.

“Adquiri a convicção de que se trata, antes de tudo, uma questão de *tato* psicológico, de se 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. Como se vê, com a palavra ‘tato’ somente, consegui exprimir a indeterminação numa fórmula simples e agradável. Mas o que é o tato? A resposta a esta pergunta não é difícil. *O tato é a faculdade de ‘sentir com’ (Einfühlung)*” (Ferenczi, 1928, p. 27; grifos do autor)

Tomado da linguagem corrente, o termo ‘tato’ vai ser definido por Ferenczi como a possibilidade de o analista ser *empático* às comunicações verbais e às vivências de seus pacientes. Mas por que faria avançar o processo de análise o “sentir com” ou a empatia do analista em relação ao seu paciente? A resposta de Ferenczi assemelha-se ao “ovo de Colombo”: é que exatamente *por não ser o paciente*, o analista pode tornar-se capaz de empaticamente sentir o que ele sente e pensar o que ele pensa, deduzindo-lhe as ideias reprimidas e os impulsos inibidos *sem*, entretanto, *sofrer das mesmas resistências que ele sofre*. É isso que Ferenczi nos explica nesse mesmo artigo:

“Se, com a ajuda do nosso saber, inferido da dissecação de numerosos psiquismos, mas sobretudo da dissecação do nosso próprio eu, conseguirmos tornar presentes as associações possíveis ou prováveis do paciente, que ele ainda não percebe, poderemos *-não tendo, como ele, de lutar com resistências-* adivinhar não só seus pensamentos retidos mas também as tendências que lhe são inconscientes. Permanecendo ao mesmo tempo e a todo momento, não nos será difícil decidir sobre a oportunidade de uma comunicação e a forma de que deve revestir-se. Esse sentimento nos impedirá de estimular a resistência do paciente, de maneira inútil ou intempestiva...” (Ferenczi, 1928, p. 27; grifos meus)

Entretanto, Ferenczi sabia que não era por acaso que, de um modo geral, os analistas resistiam ou evitavam tanto a experiência de deixarse penetrar por seus pacientes para conhecê-los em profundidade. Em seu *Diário clínico* encontramos, a esse respeito, mais uma de suas confissões surpreendentes:

“... *acompanho os meus pacientes o mais longe possível e, com a ajuda dos meus próprios complexos, posso chorar com eles, por assim dizer. Se adquiro, ademais, a capacidade de reprimir, no momento certo, a emoção e a exigência de descontração, então posso prever o êxito com segurança. A minha própria análise não pode avançar o bastante em profundidade porque o meu analista (uma natureza narcisista, segundo sua própria confissão), com sua determinação firme de se manter em boa saúde e sua antipatia pelas fraquezas e pelas anomalias, não pode acompanhar-me nessa profundidade e começou cedo demais com o ‘educativo’.* O forte de Freud é a firmeza da educação, como o meu é a profundidade da técnica de relaxamento. (...) Com bastante liberdade no ‘sentir com’, assim como a inevitável severidade, posso até, esperemo-lo, encurtar consideravelmente a duração da análise...” (Ferenczi, 1932, PP. 97-98; grifos meus)

Uma das ideias que se pode deduzir da crítica de Ferenczi a Freud é a de que, dentre os muitos fatores que tendem a dificultar a plasticidade psíquica necessária para que se consiga estabelecer um tipo de relação empática com os pacientes se refere ao *narcisismo do analista*.

#### 4. NARCISISMO E DESEJO SEMANTIZADOR

Mais uma vez, Ferenczi é um dos primeiros a abordar a complexa -e delicada- questão da relação entre capacidade terapêutica e distúrbios narcísicos do analista. A tão difundida e valorizada “interpretação psicanalítica”, por exemplo, é algo que deve surgir apenas *depois* e como *resultado* de complexas operações mentais do analista, e não como *reação imediata* às falas do paciente. Na verdade, Ferenczi há muito sabia que a interpretação poderia (e costumava) ser utilizada, como observou Figueira (1993), como demonstração *do poder fálico do analista*, ou seja, mais como expressão de uma *necessidade de satisfação narcísica de sua parte* do que de um recurso realmente necessário e benéfico para o paciente:

“Ser parcimonioso nas interpretações, em geral, *nada dizer de supérfluo*, é uma das regras mais importantes da análise; *o fanatismo da interpretação faz parte das doenças de infância do analista*. Quando se resolvem as resistências do paciente pela análise, chega-se algumas vezes, na análise, a estágios em que o paciente realiza todo o trabalho de interpretação quase sozinho, ou apenas com uma ajuda mínima.” (Ferenczi, 1928, p. 33; grifos meus)

O invisível interjogo transferência-contratransferência -sempre e inevitavelmente presente na relação paciente-analista- faz com que as necessidades e vulnerabilidades narcísicas que *se mantem inconscientes* para o analista afetem diretamente o trabalho com seus pacientes; por isso a necessidade constante de análise da contratransferência. Em alguns casos, o analista pode estimular sutilmente uma *relação de dependência* de seus analisandos em relação a si, mantendo-os numa espécie de *tiranía transferencial*. Tal tirania pode ser dar tanto através de um prolongamento excessivo do tempo da análise quanto na manutenção (através da não-análise) de uma transferência idealizatória. Como resultado, o paciente pode acabar por acreditar que esteja realmente analisado e, ainda que, em algum momento, sinta vontade ou mesmo necessidade de voltar a submeter-se a um novo processo analítico, não verá meios para fazê-lo; o único analista que desejaria buscar seria aquele mesmo que já o considera curado... Eis aí um exemplo -dramático- do impacto sobre o paciente de um certo tipo de perturbação narcísica do analista.

Assim é que dificuldades narcísicas -como, de resto, *tudo o que fizer parte do mundo psíquico do analista-podem, se não trazidas à consciência* (primeiramente pela análise pessoal e, além e paralelamente a ela, pela constante análise da contratransferência), expressar-se através de perigosas “*atuações*” (“acting out”) na clínica. Muitos sentimentos, e não apenas os resultantes de problemas narcísicos, podem ser ativados e atuados na clínica sem que, por um longo período, sejam conscientizados quer pelo analista, quer pelo paciente. O *sadismo e o masoquismo* são alguns bons exemplos.

#### 5. SADISMO E MASOQUISMO

A ideia de que o funcionamento mental do analista -tanto quanto sua personalidade- desempenha papel decisivo no processo analítico foi gradativamente se tornando mais importante com o desenvolvimento da obra de Ferenczi.

Poderíamos dizer que seus trabalhos contemplam não apenas uma série de “extensões lógicas” (Glover, 1955) das ideias freudianas (como o que acontece em relação à regra da abstinência postulada por Freud, que é levada ao limite máximo nas experiências de técnica ativa), mas também que propõem um grande número do que designo como “inversões lógicas”. Isso significa dizer que boa parte da novidade da obra de Ferenczi reside num constante -e inteligente- jogo epistemológico de ideias psicanalíticas clássicas originalmente construídas para pensar o funcionamento psíquico e a psicopatologia do paciente, que são invertidas para serem aplicadas à compreensão do funcionamento interno e das perturbações psíquicas do analista e vice-versa. É isso o que acontece, por exemplo, no caso do “diálogo de inconscientes” que define a possibilidade de captação do inconsciente do analista pelo paciente, do mesmo modo que Freud havia dito ser possível ao analista através da utilização da atenção equiflutuante...

Foi seguindo essa mesma linha de raciocínio que Ferenczi vai propor, em 1928, uma *metapsicologia do analista* na situação analítica.

O foco de atenção que começa a se voltar para o analista vai iluminar a “*máquina de analisar*” em ação apontando, inclusive, para uma *insalubridade* própria do trabalho analítico. Essa “sobrecarga” imposta ao analista exigiria, como diz Ferenczi, uma “higiene particular”, ou seja, uma constante auto-análise (o que deve incluir a cotidiana análise da contratransferência), além de periódicas re-análises.

Vejam agora o que ele nos diz sobre as possibilidades de utilizar *sádica ou masoquistamente*, por exemplo, os próprios recursos técnicos por ele propostos:

“Sem dúvida alguma, serão numerosos aqueles -não só entre os principiantes mas também entre todos aqueles que tem uma tendência para o exagero- que se aproveitarão de minhas proposições acerca da importância do ‘sentir com’ para enfatizar, no tratamento, o fator subjetivo, isto é, a intuição, e subestimar o outro fator que sublinhei como sendo decisivo, a apreciação consciente da situação dinâmica. Mesmo as repetidas advertências ficarão provavelmente sem efeito contra tais abusos. Vi mesmo alguns analistas usarem as minhas tentativas de atividade prudentes, e que cada vez o são mais- para dar livre curso às suas propensões para a aplicação de medidas de coerção inteiramente não analíticas e até, por vezes, *impregnadas de sadismo*. Não me surpreenderia, portanto, ouvir daqui a algum tempo que fulano ou sicrano adotou as minhas considerações sobre a indispensável paciência e tolerância do analista como base para uma *técnica masoquista...*” (Ferenczi, 1928, p. 36; grifos meus)

Tendo-se em mente que -por definição- o inconsciente tolera a frustração apenas até determinado limite e sabendo-se que -ainda por definição- o analista, tanto quanto o paciente, apresenta também um inconsciente, seria lógico pensar que *a manutenção da situação analítica vai depender, necessariamente, de um equilíbrio psíquico conseguido pelo analista na intersecção de sua contratransferência com a transferência de seu paciente* (cf. Balint, 1949a). Assim, uma longa lista de “*compensações psicológicas*” (Low, 1935) podem ser alcançadas através da obtenção de prazeres inconscientes encobertos pela legitimidade da técnica. Entre os inúmeros desejos e impulsos inconscientes que podem se gratificados ou expressos na situação analítica, o *voyeurismo* (através de um “viewing process” como diz Glover, 1955), o *exibicionismo* (via interpretações empoladas e eruditas) e a onipotência (em função da posição de capacidade e de poder quase que ilimitados da qual se pode ver investido) são apenas alguns deles. Obviamente, tais aspectos podem estar presentes no funcionamento do analista desde que *sublimados e dessexualizados em seu caráter* e não atuados sobre o paciente ou diretamente satisfeitos através dele -o que explicitaria uma relação na qual *a referência primária e prioritária é o analista e não o paciente, como se espera que seja*.

Isso nos conduz a pensar na personalidade ou na estrutura psíquica (ou, se quisermos, no caráter) do analista, mais ainda do que no seu funcionamento psíquico apenas durante suas horas semanais de trabalho. Muitos dos pontos apontados e definidos por Ferenczi como essenciais para o trabalho de análise se referem a habilidades ou capacidades que (embora obviamente ancoradas na personalidade) dependem de alterações psíquicas funcionais e que são, portanto, transitórias. Um bom exemplo disso é a exigência de uma capacidade de manter-se funcionando em regime de atenção flutuante; podemos, sair dessa posição sempre que não estivermos em contato com nossos pacientes e se assim o quisermos.

Outras competências, entretanto, são muitíssimo mais complexas e dependem muito mais da pessoa do analista ou, melhor dizendo, de *quem é* o analista. Uma dessas capacidades - fundamental na concepção de relação analítica proposta por Ferenczi- é a *capacidade de amar*.

## 6. AMOR

Ferenczi sempre acreditou que, numa verdadeira psicanálise, não deveria haver muito espaço para generalizações morais ou filosóficas; ante disso ela deveria revelar-se *uma sequencia ininterrupta de experiências concretas* (Ferenczi, 1919). Ele sabia que, de um modo geral, os pacientes reagem muito mal a frases ensaiadas, pouco naturais ou pouco espontâneas. Quanto mais avançado se encontrava seu pensamento teórico-clínico, mais ele parecia se convencer de que “os pacientes não se impressionam com uma expressão teatral de piedade, mas apenas com uma *simpatia autêntica*” (Ferenczi, 1933, p. 101; grifos meus).

No final de sua vida já podia asseverar que “sem simpatia não há cura. (No máximo uma visão geral sobre a gênese do sofrimento).” (Ferenczi, 1932, p. 248)

Mas a que exatamente deveria Ferenczi estar se referindo ao utilizar as expressões “simpatia autêntica” e “benevolência materna”? Bem distantes dos termos empregados academicamente e pouco familiares ao vocabulário técnico, essas expressões provavelmente indicavam a Ferenczi a real distância que mantinham essas qualidades daquelas que se podem alcançar nas tradicionais instituições de formação psicanalítica. Em outras palavras: um genuíno interesse e uma real e profunda simpatia pelo outro não são exatamente qualidades que se possam adquirir em alguns poucos anos de formação. Ferenczi referia-se, portanto, a uma efetiva *capacidade de amar os pacientes*, a uma verdadeira *disponibilidade afetiva*, a uma possibilidade de entrar no mundo do outro sentindo suas alegrias e prazeres, mas também seus tormentos, angústias e desesperos, sem, contudo, precisar recorrer à teoria como escudo protetor, e ainda assim, sem se perder no outro. Ele se referia a um *amor maduro* -próprio de organizações psíquicas integradas- que tolera avanços e recuos e que libera o paciente para crescer como, em que ritmo, e para onde puder e quiser. Ele provavelmente se referia a um analista que tivesse uma personalidade dominada por *Eros* (Figueira, 1993).

Embora suas postulações sobre a necessidade de contato afetivo e mesmo sua insistência na capacidade de amar do analista como um *fator terapêutico essencial* refletisse *sua própria necessidade de ser amado*, (como ele mesmo veio a confessar), sabemos que todas as descobertas analíticas importantes sempre se basearam -e continuarão a se basear- nas vivências psíquicas pessoais de cada analista que consegue, diferentemente da maioria, discriminá-las, defini-las e sustentá-las teoricamente. Desse complexo, doloroso, intrincado e perigoso jogo Ferenczi ousou participar.

## 7. ILUSTRAÇÃO CLÍNICA

Ao longo de ano de 1932, Sándor Ferenczi redigiu, quase que diariamente, uma série de notas relativas ao trabalho analítico com seus pacientes que, organizadas e traduzidas postumamente por Michael Balint, foram publicadas com o título de Diário clínico.

É nesse Diário que encontramos relatadas suas experiências com o que denominou de *análise mútua*. Proposto por uma de suas pacientes, R. N., esse experimento técnico *radicalizava* suas ideias sobre a necessidade de transparência e sinceridade por parte do analista, levando às últimas consequências a explicitação dos sentimentos contratransferenciais.

Embora tenha sofrido uma série de críticas por, ao confessar sua contratransferência, sobrecarregar o paciente com suas próprias dificuldades e angústias, fato que ele próprio veio a reconhecer pouco antes de sua morte, tal experiência nos faz perceber a forma corajosa com que enfrentava sua contratransferência, bem como a clareza com que percebia o impacto dela sobre seus pacientes.

O exemplo a seguir refere-se à primeira sessão da análise com R. N. que veio a durar mais de dois anos. Numa nota de 5 de maio, Ferenczi escreve:

“Caso de R.N. 1) início do tratamento analítico, sem simpatia especial de minha parte; evidentemente, dedico ao paciente, enquanto médico, um interesse que considero leal. Muito mais tarde, a paciente diz-me um dia que a minha voz, no decorrer dessa primeira entrevista, e somente nessa, era muito mais suave e insinuante como nunca mais voltou a ser depois. Fiquei sabendo nessa ocasião ser essa

voz que lhe prometia, por assim dizer, um interesse pessoal profundo, ao mesmo tempo que amor e felicidade. Eis o que posso aduzir de tudo isso, *a posteriori*; a antipatia mencionada mais acima poderia ser consequência (a) de uma independência e de uma autoconfiança desmedidas, (b) de uma força de vontade extraordinariamente poderosa na fixidez marmórea dos traços fisionômicos, (c) de um modo geral, algo de soberano, algo de uma superioridade de rainha, ou mesmo de uma alteza real; todos traços que certamente não se poderia qualificar de femininos. Em vez de tomar consciência dessas impressões, parece que parte do ponto de vista de que, enquanto médico, devo estar em todos os casos em posição de superioridade; superando a *minha evidente ansiedade diante de tal mulher*, teria aparentemente adotado *uma atitude inconsciente de superioridade*, talvez a de minha virilidade intrépida, que a minha paciente tornou por verídica, quando afinal se tratava de uma pose profissional consciente, adotada em parte como *medida de proteção contra a angústia*.” (Ferenczi, 1932, pp. 134-135; grifos meus)

Como podemos notar, através da análise de sua contratransferência, Ferenczi vai percebendo que sua excessiva amabilidade tanto quanto sua atitude de superioridade, decorria de uma *formação reativa* como *defesa* a seus sentimentos de ódio e inferioridades em relação a R. N.. A paciente, bastante inteligente e sensível, depois de uma série de impasses e crises no processo analítico, insiste que a análise não progrediria se Ferenczi não deixasse que ela analisasse os sentimentos nele escondidos, ao que ele acaba por concordar depois de resistir por cerca de um ano:

“Para minha maior surpresa, tive que constatar, porém, que a paciente tinha razão em muitos aspectos. Uma certa ansiedade diante de fortes personalidades femininas da mesma têmpera que a paciente era algo que vinha da infância. Eu achava e acho ‘simpáticas’ as mulheres que me idolatram, que se submetem às minhas ideias e às minhas singularidades; em contrapartida, *as mulheres do gênero dela enchem-se de medo e provocam em mim a oposição e o ódio dos anos da infância*.” (Ferenczi, 1932, p. 137; grifos meus)

Mas que vivências infantis estariam sendo ativadas em Ferenczi no contato com essa paciente? Ele admite:

“A superperformance emocional, sobretudo a gentileza exagerada, é idêntica aos sentimentos da mesma ordem a respeito de minha mãe. Quando minha mãe afirmava que eu era mau isso me tornara ainda pior. Sua maneira de me ferir mais fundo era dizer que eu a estava matando; era o ponto culminante a partir do qual eu me obrigava, contra minha convicção íntima, a mostrar bondade e obediência. *As exigências da paciente de ser amada correspondiam a exigências análogas que me eram feitas por minha mãe*; concretamente, e em meu foro íntimo, *eu detestava, portanto, a paciente*, apesar de toda a gentileza aparente; eis o que ela sentia e ao que reagia...” (Ferenczi, 1932, p. 137; grifos meus)

Ao poder reconhecer e aceitar sua antipatia e seu ódio pela paciente, Ferenczi pôde se libertar deles e, como consequência:

“... a paciente apazigou-se, sentindo-se justificada; uma vez que eu tinha reconhecido abertamente os limites de minhas capacidades, ela começou até a reduzir suas reivindicações a meu respeito. Uma nova consequência desse ‘circulus benignus’ evidente é que *hoje a considero efetivamente menos antipática e sinto-me capaz, inclusive, de lhe dedicar sentimentos amistosos e brincalhões*. *O meu interesse pelos detalhes do material analítico e a minha capacidade de absorvê-los, que antes estavam como que paralisados, aumentaram visivelmente*. *Devo até reconhecer que começo a sentir a influência benéfica do fato de estar liberto da angústia também em relação a outros pacientes, de sorte que me torno melhor analista não só para essa paciente, mas, de um modo geral, para todos os outros*...” (Ferenczi, 1932, PP. 137- 138; grifos meus)

## BIBLIOGRAFIA

- Balint, M. (1949<sup>a</sup>) Changing therapeutic aims and techniques in psychoanalysis. Primary love and psychoanalytic technique. Londres, Tavistock Publications, 1959.
- Ferenczi, S. (1919) A técnica psicanalítica. Obras Completas. São Paulo, Martins Fontes, V. 2, 1992.
- Ferenczi, S. (1928) A elasticidade da técnica psicanalítica. Obras Completas, São Paulo, V. 4, 1992.
- Ferenczi, S. (1932) Diário Clínico. São Paulo, Martins Fontes, 1990.
- Ferenczi, S. (1933) confusão de língua entre os adultos e a criança. Obras Completas, São Paulo, Martins Fontes, V. 4, 1992.
- Figueira, S. A. (1992) Mapeando o psiquismo. Curso, São Paulo.
- Figueira, S. A. (1993) A clínica do analista. Curso, São Paulo, apostila da aula de 13 de fevereiro.
- Fox, R. P. (1984) The principle of abstinence reconsidered. Int. Review of Psycho-analysis: 11, 227-236.
- Freud, A. (1946) O ego e os mecanismos de defesa. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1990.
- Freud, S. (1910d) As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. Edição Standard, 11. Freud, S. (1912e) Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. Edição Standard, 12.
- Freud, S. (1915a) Observações sobre o amor transferencial (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III). Edição Standard, 12.
- Freud, S. (1933a) Novas conferencias introdutórias sobre psicanálise. Edição Standard, 22. Glover, E. (1955) The technique of psycho-analysis. Londres, Bailliere, Tindall & Cox.
- Haynal, A. (1988) The technique at tissue. Londres, Karnak Books.
- Hoffer, A. (1991) The Freud-Ferenczi controversy - a living legacy. Int. Journal of Psychoanalysis: 18, 465-472.
- Klein, M. (1946) Notes on some schizoid mechanisms. The writings of Melanie Klein. Londres, The Hogarth Press, V. 3, 1975.
- Low, B. (1935) The psychological compensations of the analyst. Int. Journal of PsychoAnalysis: 16 (1), 1-8.
- Miller, A. (1979) The drama of gifted child and the psychoanalyst's narcissistic disturbance. Int. Journal of Psycho-Analysis: 60, 47-57.
- Sanches, G. P. (1993a) Sándor Ferenczi e a ampliação dos limites terapêuticos da psicanálise. Percurso - revista de psicanálise: 10 (1), 40-44.
- Sanches, G. P. (1993b) Para ler Ferenczi. Percurso - revista de psicanálise: 10 (1), 64-71. Sanches, G. P. (1994) Quem são os pacientes traumatizados? Notas sobre a matriz clínica de Sándor Ferenczi. Revista ID: 25, no prelo.
- Sanches, G. P. (1994b) Sándor Ferenczi e as bases para uma nova concepção de relação psicanalítica. Dissertação de Mestrado apresentada à Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, junho de 1994.
- Schneider, M. (1991) Trauma e filiação em Freud e em Ferenczi. Percurso - revista de psicanálise: 10 (1), 31-39.

Instituto de Desarrollo Psicológico. INDEPSI. LTDA.

ALSF-CHILE