

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – MESTRADO

ÉMILY LAIANE AGUILAR ALBUQUERQUE

A NOÇÃO DE DESAUTORIZAÇÃO EM FERENCZI E ALGUMAS DE SUAS  
IMPLICAÇÕES NO CONTEXTO CLÍNICO

Maringá

2019

ÉMILY LAIANE AGUILAR ALBUQUERQUE

A noção de desautorização em Ferenczi e algumas de suas implicações no contexto clínico

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá. Área de concentração: Subjetividade e Práticas Sociais na Contemporaneidade.

Orientador: Prof. Dr. Helio Honda.

Maringá

2019

# **Catálogo BCE**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

*À todas as crianças que sofreram  
e ainda sofrem violência.  
Àquelas e àqueles que foram  
desautorizadas e desautorizados  
seja por meio do testemunho, das  
fantasias ou de suas vivências!*

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, que sempre me incentivaram a estudar estando comigo nos momentos bons, e em outros mais difíceis me dando motivos e apoio para continuar.

À minha irmã, por ter sido uma referência desde sempre e que é uma companheira nos momentos de luta, de conquista e de esperança. Estamos juntas!

Ao meu companheiro, que sempre esteve presente, tornando esse processo mais leve e seguro. Cedendo tempo e escuta, me desacelerando com sua presença sensível e constante.

Ao meu amigo Paulo, que me deu forças por meio das nossas conversas, me permitindo crescer e enxergar por outro olhar.

Ao meu amigo Lucas pelas tardes e noites de estudos, pelo compartilhamento de ideias, planos, angústias e desejos. Você foi fundamental para que estudo se materializasse e, que venham mais discussões e produções!

À minha analista por acompanhar meu percurso desde a graduação, me amparando e tornando possível que eu sustentasse desejos pessoais e profissionais.

Aos meus pacientes que me fizeram pensar nesse trabalho, me instigando a pesquisar e a encontrar novos caminhos de estudos, sem eles esse trabalho não teria sido possível.

Ao Instituto Psicologia em Foco, que representa cada membro de um grupo arejado e revigorante, que me impulsiona à criatividade e a busca pelo conhecimento.

Ao meu orientador Helio Honda, pelo cuidado e paciência que sempre teve comigo e com esta pesquisa, pelas sugestões e longas conversas muito ricas, que produziram inquietações, resultando em muitos *insights*.

Ao professor Marcos Shiozaki, por ter me incentivado a continuar estudando Ferenczi desde a viagem que fomos para Assis. Por me emprestar livros e aceitar participar da banca de qualificação e defesa e se colocar sempre disponível.

Ao professor Marcos Casadore por aceitar participar da banca de qualificação e defesa. Por ter contribuído de forma sensível e honesta para as discussões deste trabalho, se colocando disponível.

À secretária Wal do PPI, pelo carinho e disponibilidade que tem com os alunos.

À CAPES pelo incentivo financeiro que possibilitou o desenvolvimento desta pesquisa.

## **RESUMO**

Este estudo teve como objetivo compreender a noção de desautorização a partir dos pressupostos teóricos e conceituais elaborados por Ferenczi acerca do trauma, buscando extrair implicações dessa noção para a clínica psicanalítica. Para alcançar tal objetivo foi analisado a noção de desautorização entre adultos e crianças, aprofundando tais discussões para o contexto clínico com os pacientes difíceis e para a relação entre analista e analisando. Com isso, foi possível compreender que as relações em que há uma hierarquia estão mais propensas a desautorizar as vivências e discursos das pessoas em sofrimento, trazendo ainda mais angústias. De tal modo, que tanto a lembrança de violência, como a desautorização, o silenciamento e a negação do testemunho ficam suspensos no aparelho psíquico, não sendo possível elaborações e traduções da angústia sem sentido. Por fim, também buscou-se caminhos possíveis para uma clínica psicanalítica que conduza à autorização das vivências de angústia.

Palavras-chave: Desautorização. Trauma. Ferenczi. Pacientes difíceis.

## ABSTRACT

This study aimed to comprehend the notion of disavowal from Ferenczi's theoretical and conceptual assumptions elaborated on trauma, seeking to acquire implications from this notions to the psychoanalytic clinic. At first, it was necessary to briefly enter Freud's concept of trauma, in order to contextualize ferenczian theory. The goal was to elucidate the origin of trauma, its resonances in the psychic apparatus and some of its consequences in the psychoanalytic clinical context. Utilizing texts that bring both theoretical and technical elucidations about Ferenczi's traumatogenesis and that analyze the notion of disavowal between adults and children, expanding this discussions while focusing the clinical context with difficult patients and the relationship between analyst and patient. Correspondingly, it was made possible to comprehend that hierarchical relations are prone to more occurrence of the disavowal phenomenon of experiences and discourses from the people in suffering, generating more and more anguish. Subsequently, those memories of violence, disavowal, silencing and denial of testimony remain suspended in the psychic apparatus, and no elaborations nor translations of this nameless and meaningless anguish are possible. Finally, it was thought about new possible ways for a psychoanalytic clinic that leads to authorization of the anguish experiences. To think about the possibility of reconstruction of traumatic experiences while avoiding retraumatization in the analytical context requires taking into account the empathic capacity of the analyst. In the ferenczian sense, it positions tact and empathy as a resource that predicts not the end of suffering in patients, but the ability of them to endure suffering. After all, in order for the patient to be in contact with early failures related to traumatic scenes, a sensitive positioning by the analyst is necessary.

Keywords: Disavowal. Trauma. Ferenczi. Difficult patients.



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>08</b>
<b>CAPÍTULO I - A questão do trauma na psicanálise em Freud e Ferenczi</b>	<b>17</b>
1. 1. O conceito de trauma em Freud	17
1. 2. A noção de trauma no desenvolvimento da teoria de Ferenczi	24
<b>CAPÍTULO II - A desautorização na concepção ferencziana de trauma</b>	<b>30</b>
2. 1. Aspectos da teoria ferencziana da Traumatogênese	30
2. 2. Algumas considerações sobre o manejo do trauma na clínica ferencziana	37
2. 3. A noção de desautorização em Ferenczi	41
<b>CAPÍTULO III - A desautorização no contexto clínico e algumas de suas implicações: um diálogo possível entre Ferenczi e seus interlocutores contemporâneos</b>	<b>45</b>
3. 1. O trauma e a infância: a desautorização na relação entre adultos e crianças	47
3. 2. A relação entre analista e analisando e a desautorização nos casos de pacientes díficeis	56
3. 3. Da desautorização à autorização: uma herança ferencziana para a clínica contemporânea	62
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>69</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>72</b>

## INTRODUÇÃO

*A menina sente-se emporcalhada, tratada de maneira inconveniente, quereria queixar-se à mãe, mas é impelida pelo homem (intimidação, desmentido). A criança fica sem recursos e confusa, deveria lutar para vencer a autoridade adulta, a incredibilidade da mãe etc. Não consegue, naturalmente, e encontra-se diante da alternativa: o mundo é inteiro perverso, ou sou eu que estou errada? E escolhe esta última solução. (Ferenczi, 1932, p. 116)*

O interesse em estudar a noção de trauma surgiu a partir de um estudo de iniciação à ciência e a pesquisa entre os anos de 2015 e 2016, em que foi feito uma análise de testemunhos anônimos que foram publicados na internet por pessoas que sofreram abuso sexual na infância. Observou-se com o tema proposto que o abuso sexual infantil, sob a ótica de autores psicanalíticos, pode acarretar à vítima desdobramentos traumáticos no psiquismo, no que tange à infância e a vida adulta. A partir dessa experiência, surgiu o interesse em aprofundar o conhecimento sobre os processos psíquicos envolvidos no trauma, na busca de tentar compreender quais são os mecanismos psíquicos que estão relacionados com o desenvolvimento e a perpetuação do traumático no psiquismo. Para isso, fez-se necessário uma revisão deste conceito, no contexto da teoria psicanalítica, por meio da articulação entre as obras de Freud e de Ferenczi.

Foi, portanto, a partir da experiência em iniciação científica que surgiu o desejo em aprofundar a compreensão do fenômeno nas teorizações de Sándor Ferenczi (1873-1933) acerca do trauma. Para essa pesquisa o objetivo foi o de compreender a noção de desautorização, que está intrinsecamente relacionada ao conceito de trauma. Ou seja, é impossível falarmos sobre a noção de desautorização sem adentrar no conceito de trauma, uma vez que a noção de desautorização está relacionada com a ideia de trauma proposta por Ferenczi ao longo do desenvolvimento de sua obra.

Assim, pensar em estudar a noção de trauma nos dias atuais é importante, visto que vem sendo cada vez maior a demanda dos analistas em compreender os pacientes atuais, uma vez que a clínica vem se deparando com o sujeito contemporâneo, que se tornou contemplativo, tendo cada vez menos vivências reais e mais realidades virtuais, sem uma compreensão de sua existência, de seu próprio desejo.

De acordo com Kehl (2009), o sujeito angustiado na contemporaneidade não consegue representar, elaborar seus sofrimentos, pois necessita que suas imagens sejam socialmente validadas, contribuindo para a formação de patologias que são atualmente

denominadas “sem representação”. Além disso, pode levar a pessoa a atuar ou a somatizar por meio de sintomas corporais. O sujeito tratado apenas como consumidor perde a singularidade de sua produção subjetiva como tentativa de simbolização.

Outro ponto a se destacar atualmente é a valorização da medicalização do sofrimento psíquico, ou seja, busca-se um antídoto imediato que leva o sujeito a não lidar com sua comoção psíquica, seus excessos e angústias. Conforme Schoffen (2014), a emergência do conceito do trauma na clínica atual busca a tentativa de esclarecer as causas das psicopatologias graves, os casos considerados difíceis, bem como as “psicopatologias contemporâneas”, como os transtornos psicossomáticos, a síndrome do pânico, as adicções, (toxicomanias), as depressões, os casos limítrofes ou *borderlines* e os transtornos alimentares (obesidade, bulimia e anorexia).

Entretanto, o desafio da clínica atual é ir contra uma compreensão que busca a patologização de todo ou qualquer sofrimento humano, visto que na atualidade há uma cobrança e valorização da cultura imediatista, na qual busca-se medidas de tratamentos rápidos e eficazes, recorrendo ao uso da medicação sem os cuidados necessários, bem como uma psicoterapia que seja consumida de forma prática e instantânea (Schoffen, 2014).

Sendo assim, conclui-se que com o advento tecnológico, a sociedade mudou e ainda está em mudanças na forma de se relacionar, ficando claro com essas mudanças, que o capitalismo é o que mais tem se beneficiado. Por meio de um apelo visual tenta-se vender ideias, remédios, produtos, marcas e valores para as pessoas, enxergando-as sempre como possíveis consumidores. Esse movimento tem se tornado preocupante, principalmente para a psicologia, pois as pessoas levadas a satisfazer os desejos do outro, identificam-se com as imagens publicitárias e acabam sendo consumidoras de uma subjetividade reificada, produzida em massa.

Ocorre que a sociedade dos indivíduos “desacostumados à subjetividade” não é a sociedade dos homens capazes de estabelecer entre eles relações “objetivas”, ou seja, livres do excedente de alienação que o capitalismo industrial fabrica diariamente. Ao contrário, o que o espetáculo produz é uma versão hiper-subjetiva da vida social, na qual as relações de poder e dominação são todas atravessadas pelo afeto, pelas identificações, por preferências pessoais e simpatias. E quanto mais o indivíduo, convocado a responder como consumidor e espectador, perde o norte de suas produções subjetivas singulares, mais a indústria lhe devolve uma subjetividade reificada, produzida em série,

espetacularizada. Esta subjetividade industrializada ele consome avidamente, de modo a preencher o vazio da vida interior da qual ele abriu mão por força da “paixão de segurança”, que é a paixão de pertencer à massa, identificar-se com ela nos termos propostos pelo espetáculo. (Kehl, 2015, p. 77)

Dessa forma, o sujeito autêntico é apagado pelos ideais do mercado, podendo levar a vivências traumáticas devido ao excesso de imagens publicitárias que invadem o psiquismo do sujeito contemporâneo, produzindo uma subjetividade reificada conforme os padrões e valores normativos da atual sociedade, aumentando o número de isolamento de pessoas fragilizadas, desprovidas de um pensamento consciente, crítico e questionador. Assim, em busca de preencher o vazio da vida interior e fugir da dor existencial, o sujeito contemporâneo se faz presente por meio do consumo, onde não se sabe mais quem é a pessoa, mas, o que ela possui de bens materiais.

Por esse caminho, é possível pensar que o trauma na contemporaneidade estaria relacionado ao excesso de imagens, produtos e investimentos imediatistas, que levam a um excesso cada vez maior de angústia no aparelho psíquico, em que o sujeito de forma inconsciente, se sente pressionado a consumir e a gozar de forma acrítica e alienada, podendo acarretar na perda do caráter ativo de decisão do sujeito e a um desamparo psíquico.

Nesse sentido, nesta pesquisa primeiramente adentraremos no conceito de trauma em Ferenczi para depois podermos mergulhar na noção de desautorização. Assim, de acordo com Laplanche e Pontalis (2001), a origem da palavra trauma é grega e significa ferida, possui derivação do termo furar, designando uma ferida com efração. Com a apropriação do termo, a medicina, começou a compreender o trauma, mais especificamente, o traumatismo relacionando-o à fatores orgânicos, na tentativa de explicar uma lesão ocorrida devido a uma causa externa. Para o *Dicionário médico* de Paciornik (1978), o trauma seria sinônimo de traumatismo, cuja definição seria um conjunto de “manifestações locais e gerais produzida por uma violência exterior” (p. 529). Assim como, o *Grande dicionário de medicina* (1987) de Maltese também relaciona o trauma de forma sinônima ao traumatismo, em que ambos os termos significam uma lesão interna ou externa provocada por fatores violentos.

A partir desses esclarecimentos, percebe-se que o termo trauma é comumente utilizado pela medicina para explicar algo que aconteceu na pessoa ocasionado por agentes externos, resultando em lesões internas ou externas. Com relação à psicanálise,

não foi diferente, pois Freud apropriou-se do termo trauma utilizado pela medicina e desde

o início de sua teoria, começou a compreender o trauma relacionando-o à fatores externos:

Descrevemos como ‘traumáticas’ quaisquer excitações provindas de fora que sejam suficientemente poderosas para atravessar o escudo protetor [...] Um acontecimento como um trauma externo está destinado a provocar um distúrbio em grande escala no funcionamento da energia do organismo e a colocar em movimento todas as medidas defensivas possíveis. (Freud, 1920/1996, p. 45)

Desde o início de suas reflexões sobre a histeria, sob influência das ideias de Charcot e Breuer, Freud foi configurando uma concepção sobre o trauma como fator externo desencadeador de sintomas. A hipótese de que a histeria era originada por algum impacto traumático que despertava certa predisposição pode ser encontrada no texto de Freud de 1888, em que o trauma seria uma causa frequente da histeria, devido à disposição histérica não ter sido detectada anteriormente e vir se manifestar por conta de “um trauma físico intenso, que se acompanha de medo e perda momentânea da consciência; em segundo lugar porque a parte do corpo afetada pelo trauma se torna sede de uma histeria local” (Freud, 1888/1996, p. 89).

A consideração dos relatos de pacientes histéricas e a valorização do fator traumático leva o autor a desenvolver, ao longo dos anos 1890, a hipótese de que a histeria se constituía a partir de experiências emocionais, passando a considerar as lembranças relatadas de cenas reais de sedução na etiologia das neuroses. Esta forma de compreender as neuroses ficou conhecida como teoria da sedução.

No entanto, trata-se de um esquema explicativo complexo, pois não seria o evento em si que agiria traumaticamente, mas a lembrança das cenas reais de sedução que teria um significado traumático no psiquismo. De acordo com Kuppermann (2015), Freud elabora a teoria da sedução para explicar o trauma, relacionando que há um excesso de excitações no aparelho psíquico que ocorre devido a um agente externo, como, por exemplo, a sedução (assédio) feito por um adulto em uma criança.

Essa concepção sobre o mecanismo do trauma teria sido posteriormente abandonada por Freud, que aos poucos teria se questionado sobre a veracidade dos relatos de suas pacientes histéricas. Em 1897, Freud em sua *Carta 69*, escreve para Fliess, afirmando que estava desapontado e que não acreditava mais na sua teoria sobre as neuroses, pois, uma das suposições nela contidas teria de ser a de que todos os pais das histéricas deveriam ser considerados perversos para que a teoria das neuroses pudesse ser sustentada.

Assim, de acordo com esse relato histórico a partir de 1897 a teoria da sedução

foi dando lugar à hipótese freudiana de que a cena traumática relatada pela histeria não seria algo real, no sentido de um evento historicamente localizável na infância da paciente, mas resultado de uma construção fantasiosa. Abre-se a possibilidade de que o trauma pode ser desencadeado, além dos fatores externos, por meio de fantasias que levaria a ocorrência de sintomas. Isso aparece claramente no texto *Fantasia histéricas e sua relação com a bissexualidade*, de 1908: “Os sintomas histéricos são a realização de uma fantasia inconsciente que serve à realização de um desejo (p. 04).

Embora Freud considere a questão do trauma no desenvolvimento da teoria psicanalítica, foi a partir de 1919 com as ideias do texto *Introdução à Psicanálise das Neuroses de Guerra* (1919) e *Além do Princípio do Prazer* (1920), que o autor retoma o traumatismo<sup>1</sup>, relacionando-o com o excesso de excitação no psiquismo. Assim, o trauma estaria relacionado a uma experiência de desamparo por parte do eu diante de um excesso de excitação, e que a angústia excessiva no interior do psiquismo ocorreria em decorrência do aumento de estímulos internos e externos que acabam atravessando o escudo protetor do eu. Esses estímulos em excesso no psiquismo, resultam em energia não-ligada, que não consegue entrar numa cadeia associativa, bloqueando, assim, o processo de simbolização.

Desse modo, podemos compreender que Freud, ao longo de sua obra, foi reformulando sua construção teórica acerca do trauma, sendo a teoria da sedução a principal influenciadora para a construção teórica ferencziana. Segundo Kahtuni e Sanches (2009), Ferenczi concedeu um caráter importante aos acontecimentos externos que eram por ele considerados verdadeiros e reais ao retomar a primeira noção freudiana acerca do trauma, postulado na teoria da sedução. Pois, Ferenczi em um de seus principais textos acerca do trauma, intitulado *Confusão de línguas entre os adultos e a criança* de 1933, explicita um dos principais motivos que o levaram em direção à reconsideração do papel de um trauma real: apesar das crianças terem fantasias sexuais e falarem mentiras histéricas, estas últimas perdem sua força, uma vez que há inúmeros casos reais de pacientes em análise que afirmam terem mantido relações sexuais com crianças.

Assim, na tentativa de compreender os casos de abusos sexuais infantis, Ferenczi (1933/2011) afirma que as seduções incestuosas aconteciam por conta de uma confusão entre a linguagem do adulto com a linguagem da criança, uma vez que a linguagem da

<sup>1</sup> Considerando a terminologia trauma e traumatismo como sinônimos, como já foi contextualizado por meio dos dicionários de psicanálise e de medicina. Assim, ao longo desta pesquisa será utilizado ambos os termos.

criança se encontra no nível da ternura, a qual estaria recheada de fantasias lúdicas que assumem uma conotação erótica, mas conservando-se em um jogo lúdico, sendo esta forma de comunicação infantil pautada apenas em brincadeiras infantis. Isso é diferente da linguagem do adulto, que, caso apresente predisposição psicopatológica, não reconhece a linguagem infantil, podendo confundir a relação lúdica entre ele e a criança com a relação sexual de dois adultos, respondendo sob a forma de linguagem da paixão, e não sob a forma da linguagem infantil, a de ternura.

Dessa forma, Ferenczi (1933/2011) reitera que quando a criança tem uma vivência real e incompreensível para sua capacidade subjetiva, pode negar essa experiência, como indicado na citação em epígrafe, visto que a criança ainda não apresenta recursos suficientes para lidar com angústias demasiadamente excessivas. Além disso, a criança pode relatar sua vivência angustiante a um adulto de confiança, que ao negar a experiência vivenciada e por ela relatada, provocaria o trauma propriamente dito. Assim, a noção de desautorização designaria essa espécie de negação do relato da criança por parte do adulto cuidador, ou seja, quando o adulto não considera o testemunho infantil, desmentindo a vivência real e angustiante da criança.

Nesse contexto, será sob esse olhar do conceito de desautorização que esta pesquisa versará suas discussões. Tendo como objetivo ampliar a noção de desautorização ferencziana para o âmbito clínico, em que a desautorização pode acontecer por meio de discursos, ações que excluem possibilidades de existência. Portanto, neste trabalho daremos ênfase para os atravessamentos intersubjetivos que provocam abalos psíquicos. Assim, o fator externo provocaria uma situação traumatizante no psiquismo, modificando-o. Segundo Ferenczi (1928/2011), o excesso de excitações pulsionais, provocaria a suspensão do processo de interiorização e de introjeção objetal. Caso a pessoa não consiga se adaptar às necessidades do mundo externo, produzindo um sentido ao que foi vivenciado, o processo de introjeção das vivências e de transcrição psíquica acabam não acontecendo.

Porquanto, de acordo com Ferenczi (1934/2011), o trauma pode ser entendido como um choque externo que provoca uma forma de anestesia no psiquismo, desconectando a lembrança da experiência angustiante com a percepção e provocando uma suspensão de toda atividade psíquica. Além disso, Ferenczi descreve que o trauma impede a possibilidade de defesa no psiquismo, conseqüentemente, a vivência excessiva não é elaborada e metabolizada. Dessa maneira, tendo em vista que as impressões não são percebidas, pode ocorrer a repetição do trauma por via não representacional, resultando, numa inacessibilidade do trauma por meio da memória.

Ou seja, em determinados casos em que a pessoa, como uma forma de mecanismo

de defesa, se recusa a reconhecer a realidade de uma experiência traumatizante, o funcionamento dinâmico do psiquismo ver-se-ia prejudicado. Pois, o eu não conseguindo mais reconhecer adequadamente as percepções externas, aceita a experiência como existente, fazendo com que suas capacidades simbólicas não sejam desenvolvidas, tendo como efeito inconsciente o silêncio das vítimas, ou seja, a ausência de recordações inteiras sobre a vivência traumática.

Sendo assim, à medida que avançamos na obra ferenciana, percebe-se que a noção de trauma é um dos pilares construtores da teoria, apresentando uma relevância teórica crítica para o campo psicanalítico atual, de tal forma, que neste trabalho as discussões versarão na busca de compreender os fenômenos teóricos e técnicos que atravessam o desenvolvimento da noção de desautorização.

Nesse sentido, este estudo consiste em uma pesquisa teórica, conceitual, fundamentada na teorização psicanalítica, que busca aprofundar nos conceitos estudados que perpassam pelas obras de Sándor Ferenczi. De acordo com Casadore (2011), aprofundar no estudo conceitual de uma abordagem psicológica, especificamente, a psicanalítica, pode possibilitar uma infinidade de novas construções e especulações, além de permitir que os conceitos auxiliares sejam aprofundados. Pois, mesmo que os conceitos auxiliares estejam amparados sobre fundamentos já estabelecidos, ainda sim podem auxiliar para que haja novas elucidações e aprimoramentos durante o desenvolvimento teórico.

Dessa forma, o estudo teórico do conceito de desautorização, segundo as diferentes lentes, ferenciana e de outros interlocutores contemporâneos, pode permitir que os objetivos desta pesquisa sejam realizados de forma clara e em torno de um eixo conceitual. Pois, esta pesquisa, de caráter teórico, consiste em um procedimento metodológico dedicado “[...] a reconstruir teorias, conceitos, ideias, ideologias, polêmicas, tendo em vista, em termos imediatos, aprimorar fundamentos teóricos” (Demo, 2000, p. 20).

Vale ressaltar que esse tipo de pesquisa não implica imediata intervenção na realidade, mas nem por isso deixa de ser importante, pois seu papel é decisivo na criação de condições para a intervenção. Além de teórica, esta pesquisa possui natureza conceitual, em que há um aprofundamento teórico sobre determinado conceito, envolvendo-o segundo diversas lentes, o que ajuda a compreender o fenômeno estudado. Assim, é possível afirmar que a pesquisa conceitual no âmbito da psicologia é:

[...] necessária ao progresso científico da Psicologia, e não um obstáculo a ele. A pesquisa conceitual consiste em um processo sistemático de investigação que visa produzir, ao final, conhecimento científico mediante o exame dos conceitos das teorias psicológicas. Esse estudo se dá, ao menos, em três níveis de análise. O primeiro situa o (s) conceito (s) na rede conceitual mais ampla da teoria psicológica em discussão; o segundo nível sonda os compromissos filosóficos (ontológicos, epistemológicos, éticos, estéticos) do (s)



conceito (s) analisado (s); e o terceiro nível de análise examina o contexto histórico, social, biográfico, econômico e político da trama conceitual investigada. (Laurenti, 2012, p. 180)

Destarte, é com esta concepção acima exposta que nos debruçamos para estudar o objetivo proposto, tendo como referencial teórico a obra de Sándor Ferenczi, entendendo que a estratégia deste estudo consiste em se aproximar do estudo com uma postura aberta, quase de atenção flutuante e pensando que isto permite levantar diferentes percepções sobre o mesmo fenômeno, que, de início, podem parecer apenas elementos dispersos, por vezes até contraditórios. Mas, tudo isso pode ajudar a compreender o trauma e a noção de desautorização com suas complexidades, bem como identificar possíveis lacunas a fim de responder ao propósito desta investigação e, se possível, a partir do material obtido, foi realizado o levantamento de algumas hipóteses de trabalho e intervenção para lidar com a noção de desautorização, seja na clínica ou em outros contextos sociais.

Deste modo, este estudo inicialmente compreenderá brevemente os textos iniciais de Freud que versam sobre a noção de trauma, até o período em que o autor elabora a segunda tópica do funcionamento do aparelho psíquico, em que este modifica sua teoria sobre o trauma. Feito isso, serão investigados os textos em que Ferenczi, ao longo de suas obras, desenvolve sua teorização sobre a noção de trauma e desautorização.

Por fim, busca-se estabelecer uma discussão adentrando por meio de estudos ferenczianos acerca da noção de desautorização, ampliando e correlacionando este conceito para o contexto clínico e social, por meio de interlocutores contemporâneos de Ferenczi. Para tanto, será apresentado de maneira mais específica a estrutura da exposição dos capítulos, mediante a qual busca-se alcançar os objetivos estabelecidos.

No primeiro capítulo, será tratado de forma histórica algumas problematizações sobre a questão do trauma segundo Freud. A primeira seção deste capítulo irá apresentar o início da teoria freudiana, conhecida como a primeira tópica em que o trauma estava vinculado a Teoria da Sedução. Feito isso, serão discutidas as ideias dos textos que apresentam a segunda tópica, na qual Freud reformula sua teoria e modifica o funcionamento do trauma, assim como outros conceitos vinculados ao mecanismo traumático.

Após a discussão freudiana, serão apresentadas as principais postulações de Ferenczi sobre a teoria da traumatogênese, bem como as questões da técnica e o conceito de desautorização. Dessa maneira, essas e outras problematizações serão discutidas no decorrer deste capítulo. Vale ressaltar, que na primeira seção deste capítulo inicial a preocupação é apresentar brevemente a teoria de Freud, visto que o objetivo desta pesquisa é o aprofundamento nas teorizações ferencziana. Porém, quando necessário, retomamos ao Freud ao longo desta pesquisa, relacionando ou distanciando às ideias de Ferenczi.

O segundo capítulo abordará o conceito de trauma e de desautorização a partir de Ferenczi e de seus interlocutores. Procurará evidenciar a discussão de textos de autores contemporâneos que ampliam as discussões ferenczianas e que podem estar vinculadas ao conceito de desautorização. Assim, para trabalhar tais questões serão analisados textos cujos conteúdos discutem as relações vinculares entre adultos e crianças; entre a figura do terapeuta e a do paciente; bem como de outras formas de relações hierárquicas institucionalizadas em nossa cultura. Por esse caminho, espera-se evidenciar a noção de desautorização nestas relações em que há uma hierarquia tanto no contexto clínico, quanto no contexto familiar e social.

Por último, o terceiro capítulo terá como discussão as implicações da noção de desautorização para o contexto clínico atual. A primeira seção discutirá a noção de trauma no contexto relacional entre a criança e o adulto, tendo como base as teorizações de Ferenczi e de autores que sofreram sua influência, como Winnicott. A segunda seção será abordada a noção de desautorização no contexto clínico relacionando-a com os pacientes difíceis. Com relação a terceira seção, o conteúdo trabalhado será o da relação clínica entre o paciente e o analista e como esta dupla analítica pode criar potencialidades terapêuticas. Para tal, buscaremos caminhos possíveis para que haja autorizações em práticas que são comumente (re)produzidas na sociedade por meio das relações verticais.

## CAPÍTULO I

### A QUESTÃO DO TRAUMA NA PSICANÁLISE DE FREUD E FERENCZI

*O protótipo de toda confusão é estar 'perdido' quanto à confiabilidade de uma pessoa ou de uma situação. Estar perdido é ter-se enganado; alguém, por sua atitude ou suas palavras, fez 'cintilar' uma certa relação afetiva. (Ferenczi, 1932).*

Para compreendermos a noção de trauma e desautorização segundo as teorizações de Ferenczi é preciso primeiramente acompanhar o conceito de trauma na obra de Freud, uma vez que foi a partir das teorizações freudianas que Ferenczi se inspirou para construir sua teoria acerca do trauma. Dessa maneira, este capítulo inicial visa uma compreensão mais geral da noção de trauma na obra ferencziana, e para isso o capítulo será dividido em duas seções.

A primeira seção apresenta uma contextualização do desenvolvimento da noção de trauma na obra freudiana. Em seguida mergulharemos nas discussões teóricas que Ferenczi nos convida acerca do trauma ao longo de suas produções. Essa exposição nos conduzirá para a segunda seção deste capítulo, em que serão apresentados alguns esclarecimentos sobre a noção de desautorização em Ferenczi.

Espera-se com esse capítulo que a leitora ou leitor se aproprie das principais ideias sobre a noção de trauma propostas por Ferenczi em seus textos. E a partir daí de tal modo que essas discussões proporcionem recursos teóricos para que seja possível uma compreensão da noção de desautorização, bem como das discussões elaboradas nos capítulos seguintes.

#### 1.1. O conceito de trauma em Freud

A partir do texto *Projeto para uma psicologia científica*, de 1895, Freud aprofunda-se no estudo do funcionamento do psiquismo, e apesar de se basear em estudos neurológicos a ideia de aparelho neuropsíquico apresentada pelo autor revela para nós o desenvolvimento dos mecanismos psíquicos que explicariam o funcionamento mental humano normal e patológico. Freud, em 1895, afirma a importância dos processos internos, mas que só funcionam porque há uma realidade externa, ou seja, seriam os estímulos provenientes do mundo externo que provocariam a realidade interna. Dessa

forma, Freud, em 1895, começa a estudar e a desenvolver alguns conceitos que são fundamentais para a compreensão do aparelho psíquico, como por exemplo, o conceito de memória.

O conceito de memória apresentado por Freud (1895/1996) está relacionado com a possibilidade permanente de ser modificada, dependendo da impressão e da frequência com que determinado fator se inscreveu na memória. Ou seja, a memória está implicada pelas barreiras de contato, que para Freud (1895/1996) seria uma hipótese de que em determinada classe de neurônios, representado pelo símbolo  $\Psi$ , haveria entre eles resistências que funcionam como barreiras permitindo a passagem de excitações com dificuldade ou parcialmente. Nesse caso, depois de cada excitação, os neurônios  $\Psi$  são modificados, passando a um estado diferente do anterior, que para Freud forneceria uma possibilidade de representar a memória.

A memória, segundo Freud (1895/1996), estaria implicada nas passagens de excitação de um neurônio para o outro, sendo uma das forças que determina e orienta à direção da excitação. Dessa maneira, “a memória está representada pelas diferenças nas facilitações entre os neurônios  $\Psi$ ” (Freud, 1895/1996, p. 361), sendo que a facilitação entre um neurônio e outro depende da quantidade de excitação fluente entre os neurônios e do número de vezes que esse fenômeno se repete. Sendo assim, se a memória está relacionada ao funcionamento das barreiras de contactos, e a função das barreiras de contacto é impedir que grandes quantidades de energias adentrem no psiquismo, é possível dizer que quando essas barreiras são rompidas por um excesso de quantidade de excitação perde-se também partes da memória?

Uma possível resposta para essa questão seria compreendermos a memória relacionada com a experiência de dor, pois Freud (1895/1996) afirma que a dor produz um grande aumento de nível nos neurônios  $\Psi$ , é sentido como desprazer. Além disso, a dor passa por todos os tipos de descargas deixando facilitações permanentes em  $\Psi$ , que derrubam a resistência das barreiras de contacto. Dessa forma, se a memória está implicada no funcionamento das barreiras de contato e a dor resulta de grandes excitações a ponto de derrubar as barreiras de contato, é possível associar o excesso de excitações à perda de memórias. Nesse sentido, pode-se afirmar que nesse primeiro momento Freud em 1895 já considera explicitamente a possibilidade de que com as reações de descarga frente à vivência de dor ocorra um escoamento de recordações. Apesar de ser mais adiante que Freud se propõe em explicar a noção de trauma, é compreensível que o texto *Projeto para uma psicologia científica* dá margens a essa associação e interpretação.

De acordo com Freud (1895/1996), a experiência de dor e de satisfação produz diferentes tipos de afetos, podendo haver também lembranças que produzem afetos que liberam desprazer. Dessa forma, podemos pensar em uma relação entre as barreiras de

contato e o excesso de excitações que produz dor de tal forma que acabam comprometendo a memória devido a esse excesso de excitações que invade a barreira de contato. Assim como ocorre no caso do trauma, Freud revela em seu texto *Análise terminável e interminável*, de 1937, que a angústia excessiva no interior do psiquismo ocorre devido ao aumento de estímulos internos e externos que acabam atravessando o escudo protetor do ego. Esses estímulos em excesso no psiquismo resultam em energia não-ligada que não consegue entrar numa cadeia associativa, bloqueando assim o processo de simbolização e conseqüentemente ocasionando um excesso de angústia.

Sendo assim, a forma como o trauma se instaura no psiquismo colocado por Freud ao longo de sua teoria se assemelha na forma como Freud, em 1895, introduziu o conceito de memória relacionando-a com o funcionamento das barreiras de contato e associando a noção de dor e afeto. Nesse contexto, Freud, na segunda parte do *Projeto para uma psicologia científica*, escreve uma parte dedicada às psicopatologias. Esse texto foi intitulado *Psicopatologia* e foi escrito em 1895. Neste lugar, Freud afirma que “quando o trauma (a experiência da dor) ocorre - os primeiros [traumas] escapam totalmente ao ego - em um momento em que já existe um ego produz-se de início uma liberação de desprazer” (Freud, 1895/1996, p. 275). Pensando na memória e no desprazer como um tipo de afeto, Freud (1895/1996) ainda coloca que:

[...] uma lembrança desperta um afeto que não pôde suscitar quando ocorreu como experiência, porque, nesse entretempo, as mudanças [trazidas] pela puberdade tornaram possível uma compreensão diferente do que era lembrado. Ora, esse caso é típico do recalçamento na histeria. Constatamos invariavelmente que *se recalcam lembranças que só se tornaram traumáticas por ação retardada*. (Freud, 1895/1996, p. 272-273; grifo nosso).

A partir dessa citação, em que o autor remete às lembranças recalçadas como sendo traumáticas, após um longo período é possível introduzir o conceito de trauma de acordo com a primeira tópica de Freud, intitulada como a Teoria da Sedução. Pois ao estudar a causa das neuroses afirma em seu texto *A Etiologia da Histeria*, de 1896, que o trauma está vinculado às lembranças de cenas sexuais que aconteceram na infância e que mais tarde, na vida adulta, ao entrar em contato com essas cenas é que viriam à tona os sintomas histéricos. Esse seria o sentido em que Freud entende, conforme a citação acima, que certas lembranças só se tornaram traumáticas por ação retardada.

De acordo com Freud (1896), a cadeia de associações que se encontra no psiquismo possui vários elos de conexão que se ramificam e se interligam de tal modo que a cada nova experiência, duas ou mais experiências são acionadas como forma de lembranças. É possível relacionar esse trecho sobre um encadeamento de lembranças com o que Freud disse, em 1895, ao pensar em um processo de ramificações neuronais, em que

o neurônio  $\Psi$  é catexizado por excitações tanto provenientes de fora, quanto do interior do próprio corpo. Por isso Freud diferencia os neurônios  $\Psi$  em dois grupos: os neurônios do *pallium*, que receberia excitações provenientes do mundo exterior, e os neurônios nucleares, sendo o último grupo catexizado por meio de vias endógenas de condução. Nesse caso o  $\Psi$  está exposto sem proteção às quantidades excessivas de excitação proveniente da via endógena, onde se assenta a mola mestra do psiquismo, ou seja, onde necessitaria de uma tela protetora voltada para o interior do aparelho psíquico. Sendo assim pode-se inferir que o trauma pode ser pensado também como uma ramificação de neurônios, um encadeamento de lembranças e não apenas como uma quebra das barreiras de contato devido ao excesso de excitações.

Nesse primeiro momento, em seus textos de 1895 a 1897, Freud elabora a assim conhecida Teoria da Sedução, apresentando uma noção de trauma vinculada às cadeias de lembranças de cenas sexuais infantis que tornam-se traumáticas apenas quando recordadas na vida adulta. Esse efeito traumático retardado era explicado pela suposição de que não havia sexualidade na infância e que portanto somente com o seu advento após a puberdade é que as vivências sexuais infantis, até então não compreendidas como tal, adquiririam significação *a posteriori*. Em 1896, Freud afirma em sua *Carta 52*, que o resultado de experiências sexuais prematuras leva a uma defesa patológica, não sendo possível o mecanismo de inibição somente o recalçamento devido ao desprazer. Então, “quando uma experiência sexual é recordada numa fase diferente, a liberação do prazer é acompanhada por uma compulsão e a liberação de desprazer é acompanhada pelo recalçamento” (Freud, 1896/1996, p. 290).

Com relação à histeria, Freud (1888/1996) entendia que se constituía a partir das experiências emocionais, atribuindo as lembranças de cenas reais de sedução à etiologia das neuroses. Segundo Laplanche e Pontalis (2001), Freud desenvolve a Teoria da Sedução dando ênfase na ideia de que existiriam nos casos de histeria dois acontecimentos que seriam principais para que o trauma acontecesse. Nesse sentido, o acontecimento inicial foi denominado de primeira cena traumática, conhecida como sedução, em que a criança sofre uma violência sexual por parte de um adulto. O outro acontecimento seria a segunda cena, que é despertada somente após a puberdade com o advento da sexualidade propriamente dita, onde os traços de lembranças da primeira cena são evocados no psiquismo devido a ocorrência de alguma associação.

Ou seja, como Freud nessa época acreditava que a criança não dispunha de capacidades sexuais (sexualidade genital), a lembrança da primeira cena como traumática sexual só seria possível após a puberdade, o que desencadearia um excesso de excitações no psiquismo excedendo as defesas do ego. Apesar de Freud chamar de traumática a primeira cena, pode-se compreender do ponto de vista econômico que somente após a

segunda cena, com o advento das lembranças da primeira cena, que ocorreria o trauma propriamente dito. Sendo assim, Freud em seu texto *Estudos sobre as Histerias*, de 1895, afirma que “os histéricos sofrem principalmente de reminiscências” (p. 48) que são expressas por meio de sintomas após a puberdade. Como ocorreu no caso Emma, por exemplo, em que Freud apresenta essa noção *a posteriori* das cenas traumáticas, no qual a primeira cena em que Emma sofreu uma violência por parte de um adulto só foi entendida como trauma quando Emma já estava adolescente, onde obteve uma sexualidade genital. Nesse caso Freud reitera a ideia de que o trauma se estrutura por meio de dois tempos, não sendo o evento em si que age traumáticamente, mas a lembrança das cenas reais que adquirem um significado traumático no psiquismo.

Nesse sentido Freud (1896/1996) relacionava o trauma como causa da histeria, no qual a lembrança de experiências mais antigas, quando despertadas e trabalhadas em análise por meio de associações que possibilitem refazer o trajeto do sintoma conectando-o com a cena traumática, permite uma amenização ou a total resolução dos sintomas histéricos, pois há nesses casos clínicos uma cadeia de lembranças atuantes que vão além da primeira cena traumática.

Entretanto, em 1897, Freud em sua *Carta 69*, escreve para Fliess dizendo que já não estava mais certo sobre sua teoria acerca das neuroses. Freud (1897/1996) acrescenta que chegou à conclusão de que em todos os casos os pais das histéricas deveriam ser considerados perversos para que a teoria das neuroses então elaborada funcionasse devidamente, e nesse caso a perversão deveria ser muito mais frequente do que a histeria. Mas a razão talvez de maior peso seria, conforme Freud (1897/1996) expõe, a de que as lembranças mais infantis antigas não estariam acessíveis à consciência e que no inconsciente não há indícios da realidade, não podendo assim distinguir o que é real da ficção catexizada com afetos. Essas considerações ampliariam potencialmente a possibilidade de a fantasia sexual terem os pais como foco.

Com o suposto abandono da Teoria da Sedução percebe-se que a construção da noção de trauma nas obras de Freud passa por modificações e reconstruções desde o início de suas obras, com a teoria da sedução, até a construção de sua segunda teoria. Nesse sentido, antes de iniciarmos a teorização do trauma de acordo com a segunda tópica, é importante ressaltar que Freud não descarta a suposição teórica de um trauma em dois tempos, pelo contrário, foi a partir do estudo da Teoria da Sedução juntamente com os demais conceitos provenientes da primeira tópica (Inconsciente, Pré-consciente e Consciência) que Freud desenvolveu sua teoria psicanalítica, permitindo avanços, novos impasses e reformulações.

Vale ressaltar, portanto, que o mecanismo de dois tempos proposto na primeira teoria freudiana do trauma será mantido mesmo após o abandono da suposição sobre a

realidade do evento traumático infantil. Em seu lugar Freud acabara desenvolvendo a ideia de sexualidade infantil, em que o traumático será então o sexual pulsional, o que nos ajuda a compreender como Freud não abandona propriamente a primeira teoria sobre o trauma, mas enfatiza a importância das fantasias para o funcionamento psíquico.

Para compreendermos melhor a nova proposta sobre a noção de trauma proposta por Freud é importante compreendermos o papel das fantasias. Citaremos assim o Roudinesco e Plon (1998), que afirmam que o conceito de fantasia utilizado por Freud designa “a vida imaginária do sujeito e a maneira como este representa para si mesma sua história ou a história de suas origens: fala-se então de fantasia [...]” (Roudinesco, E.; Plon, M., 1998, p. 223). Com vistas disso, o termo fantasia no início das obras de Freud era utilizado no sentido de fantasia ou imaginação, passando a ser utilizado como um conceito propriamente dito somente a partir de 1897, ano em que teria abandonado a Teoria da Sedução.

Nesse contexto, de acordo com Freud (1905/1996), a pulsão sexual existe desde a infância, diferentemente do que alguns pensadores achavam no século XIX, onde ela só passaria a existir a partir da adolescência. Por conta disso é necessário considerar que a pulsão sexual independente de seu objeto, embora ela utilize o objeto para atingir seu objetivo final tendo como meta descarregar o excesso de estimulação e obter o prazer sexual.

Além de relacionar o trauma com a sexualidade infantil, fantasias originárias e com o excesso de estímulos no psiquismo, Freud também compreende o conceito de trauma nesse segundo momento da teorização como um excesso no psiquismo. Cabe aqui citar o texto *Além do Princípio do prazer*, de 1920, no qual Freud entende que o trauma externo provoca o funcionamento psíquico de tal modo que eleva as defesas contra o excesso de excitações precursor do trauma. Nesses casos, em que o trauma externo provoca um abalo no psiquismo, ocorre um problema no controle dos excessos de estímulo ocasionando uma invasão no escudo protetor do aparelho psíquico. Assim, o conceito de trauma nesse texto está implicado em uma ruptura na barreira protetora na tentativa de controlar os estímulos.

Destarte, percebe-se também que Freud em seu texto *Inibição, sintomas e ansiedade*, de 1926, afirma que o trauma em última instância é constitutivo do ser humano, e que o ato de nascimento seria a primeira experiência traumática geradora de angústia e ansiedade. Sobre isso Freud (1926/1996) esclarece:

Em outras palavras, o estado de angústia é a reprodução de alguma experiência que reuniu as condições necessárias o aumento de estímulo e uma descarga por trilhas específicas, e que a partir dessa circunstância o desprazer da ansiedade recebe seu caráter específico. Para os seres humanos, o nascimento proporciona uma experiência arquetípica de tal tipo,



e por isso ficamos inclinados a considerar os estados de angústia como uma reprodução do trauma do nascimento. (p. 126).

Nesse sentido Freud (1926/1996) acrescenta que os estados afetivos seriam precipitados de experiências traumáticas iniciais, ou seja, esses são revividos como símbolos mnêmicos quando expostos a situações semelhantes às do trauma no período infantil. Sendo assim, apesar do trauma ser considerado constitutivo e estruturante pode vir a ser não estruturante, uma vez que a angústia excessiva no interior do psiquismo resulta em energia não-ligada, não conseguindo estabelecer uma cadeia associativa, impedindo o processo de simbolização e aumentando ainda mais a angústia. O trauma que ocorre na infância, portanto, impede a possibilidade de ligações e de recordações do conteúdo traumático, não restando lembranças no eu, apenas danos precoces. Produz também efeitos não estruturantes causando uma suspensão de toda atividade no psiquismo e uma desconexão com a percepção.

Nesse contexto, entende-se que o trauma deixa cicatrizes no desenvolvimento do eu marcando os excessos e fixações na trajetória de vida de cada pessoa e que se formos tratar as feridas e as cicatrizes encontraremos explicação para a causa das angústias.

Percebe-se assim que Freud, com a formulação da segunda tópica, ampliou sua teorização sobre a Teoria da Sedução não a abandonando totalmente, mas levando em consideração também a sexualidade infantil, o papel das fantasias na origem do trauma, os excessos psíquicos provenientes do mundo externo e do próprio funcionamento do aparelho psíquico, bem como outras causas e explicações. Por conseguinte tentou-se trabalhar, por meio desse estudo, as principais causas do funcionamento traumático teorizadas por Freud na primeira e na segunda tópica<sup>2</sup>.

Apesar das reformulações, questionamentos e alguns percalços na teorização da noção de trauma, nota-se que Freud não abandonou totalmente sua teorização acerca da Teoria da Sedução, mas ampliou essa teoria, bem como estendeu a compreensão do funcionamento do aparelho mental e das modificações dos processos primários em secundários. Como pudemos analisar no texto *Projeto para uma psicologia científica*, de 1895, Freud já formulava e esclarecia noções a respeito do aparelho psíquico e dos mecanismos psíquicos de tal forma que pudemos fazer algumas associações acerca da noção de trauma que foram esclarecedoras para que mais tarde pudéssemos compreender suas reformulações teóricas.

Por esse caminho percebemos que estudar a trajetória do conceito de trauma dentro da teorização freudiana nos leva à necessidade de associarmos o trauma com outros conceitos, como por exemplo, o conceito de memória e de fantasia. Dessa forma, é viável considerar que a noção de trauma em Freud se entrelaça com uma rede imensa de outros conceitos, possibilitando uma análise mais aprofundada e integral das ideias contidas nas obras aqui trabalhadas. Acreditamos assim que foi possível compreender os principais mecanismos envolvidos, bem como seus desenvolvimentos e os efeitos do trauma no aparelho psíquico na tentativa de abrir possibilidades para compreendermos a teoria proposta por Ferenczi que será abordada logo adiante.

## **1.2. A noção de trauma no desenvolvimento da teoria de Ferenczi**

<sup>2</sup> Freud, em seu texto *A interpretação dos sonhos* em 1900, desenvolveu a noção de aparelho psíquico que ficou conhecido como primeira tópica. Na qual defendia a ideia de que o aparelho psíquico era composto por três instâncias psíquicas: o inconsciente (Ics), pré-consciente (Pcs) e consciente (Cs). Porém, em 1920, no texto *Além do Princípio do Prazer* e no texto *O Ego e o Id*, de 1923, Freud fez algumas reformulações na topografia do aparelho psíquico na tentativa de compreender o funcionamento mental, elaborando a segunda tópica, em que o autor realiza algumas modificações nas instâncias psíquicas que passam a ser conhecidas agora como: Id, Ego e Superego.

Ao adentrarmos na obra ferencziana percebemos que muitas ideias e conceitos que Ferenczi desenvolve em sua obra, Freud também desenvolve e vice-versa. Isto porque os dois autores trocavam inúmeras cartas, pois possuíam uma amizade que ia além das teorizações psicanalíticas.

Segundo Kupperman (2008), Sándor Ferenczi foi ao longo de trinta anos o principal interlocutor e colaborador de Freud. Entretanto, entre o círculo psicanalítico, somente após o início da década de 1920 é que Ferenczi começou a ser conhecido por seus colegas devido às suas indagações e questionamentos acerca do método psicanalítico. De acordo com Casadore (2011), a partir do começo da década de 1930 Ferenczi começou a reconhecer que tinha alguns desencontros com Freud e com outros colegas mais tradicionais que faziam parte da Associação Internacional de Psicanálise (IPA). Para esse grupo restrito da psicanálise ele era considerado polêmico, pois suas teorizações estavam para além dos estudos psicanalíticos da época.

Freud se caracterizava pela exigência do pensamento científico e por isso a visão do sofrimento era uma coisa natural, ou seja, admitia-se que o mal-estar existe, Férenczi [sic] era o otimista, o esperançoso, não achava natural e queria curar o mal-estar. Férenczi queria curar, Freud privilegiava a pesquisa. Isto indica uma diferença ideológica que vai influir no que eles realizam e como realiza. (Mautner, 1996, p. 30).

Apesar dos desencontros teóricos a relação de amizade entre Freud e Ferenczi continuava fortalecida. Segundo Kupperman (1996), Freud mantinha com Ferenczi uma relação que ia além da noção de amizade, era uma amizade intelectual em que havia espaço para críticas, divergências e trocas teóricas. Dessa maneira os dois psicanalistas colaboravam um com o outro produzindo pesquisas e continuando com seus estudos, uma vez que "era claro, no que concernia aos princípios básicos mais importantes da psicanálise – ou seja, o que mantinha-os como psicanalistas –, estavam totalmente de acordo" (Casadore, 2011, p. 77). Entretanto, outros psicanalistas como Abraham e Jones foram os principais contestadores das novas ideias sobre a técnica proposta por Ferenczi, de tal modo que muitos trabalhos originais eram recusados ou alvos de muitas censuras por parte de psicanalistas mais antigos.

No prefácio do volume IV das Obras Completas de Ferenczi, Sabourin (1934) escreve que Ernest Jones foi o autor que mais associou a imagem de Ferenczi à ideia de que esse nos últimos anos de sua vida sofria com seus "demônios internos", sem levar em consideração a enfermidade que Ferenczi sofria, conhecida como síndrome neuroanêmica de um mal de Biermer. Contudo, apesar da interpretação tendenciosa de Jones alguns psicanalistas como Hermann, Balint e Granoff retificaram a história de Ferenczi reconhecendo o lugar de Ferenczi ao lado de Freud. Atitude que contribuiu para a

reconstrução da imagem de Ferenczi nos anos seguintes.

Sendo assim, as desavenças teóricas com alguns psicanalistas mais tradicionais não fizeram com que a obra ferencziana perdesse sua relevância teórica e técnica para a psicanálise. Pelo contrário, é certo que as produções de Ferenczi, segundo Mezan (1996), acabaram formando um novo paradigma da psicanálise contemporânea, no qual enfatiza-se a ideia de que a relação com o outro é o elemento estruturante e organizador da vida psíquica. Apesar de Ferenczi ter morrido muito cedo - no dia 22 de maio de 1933 - devido a uma enfermidade e não ter conseguido dar continuidade as suas pesquisas, ainda sim Mezan (1996) afirma, utilizando-se das palavras de André Green, que o pai da psicanálise contemporânea seria Ferenczi.

Portanto, é possível afirmar que Ferenczi traz novamente para a história psicanalítica a dimensão fundamental do trauma, pois sua obra está permeada pela problemática do trauma que se encontra no “coração da experiência psicanalítica” (BIRMAN, p.79, 1996). Dessa maneira, há um desenvolvimento teórico sobre os efeitos traumáticos nas obras de Ferenczi, que para Bion (1996), tem início entre 1928 e 1929, prolongando-se até a morte de Ferenczi. E diferentemente de Freud, que por meio da noção de trauma repensará as questões concernentes à angústia, Ferenczi colocará a noção de trauma à volta de toda a sua obra.

Ao que concerne as discordâncias teóricas e técnicas sobre a teorização do trauma, segundo Gondar (2012), o que diferencia a teoria ferencziana do trauma da teoria de Freud não estaria na noção de realidade psíquica como postula Freud, ou na ideia de realidade do trauma como afirma Ferenczi. Mas a diferença se estabeleceria no fato de como o traumático é compreendido para ambos os autores. Visto que ao contrário de Freud, para Ferenczi o traumático se estabelece não na ocorrência de algo externo ou no seu nível de violência, mas sim em algo posterior. Ou seja, o trauma é estabelecido em um segundo tempo após a vivência angustiante, por meio da descrença feita pelo adulto.

Apesar das diferenças entre Freud e Ferenczi acerca da teoria do trauma, após uma breve contextualização histórica, no que tange às ideias de Freud feitas nas primeiras seções desse capítulo, parece concebível compreendermos que a noção de trauma proposta ao longo da obra ferencziana não retoma diretamente à noção de sedução colocada por Freud, mas concebe que a sedução acontece por parte do adulto de forma concreta e não apenas por meio de fantasias como havia sugerido Freud posteriormente. Percebe-se então que Ferenczi caminha para uma outra direção sobre a teoria do trauma, apesar de que em nenhum momento abandonou totalmente as teorizações freudianas, pelo contrário, em seus textos de 1930 em diante o autor defende a necessidade de resgatar a teoria freudiana da sedução com o intuito de ampliar essa concepção.

Dessarte, em um de seus últimos textos, intitulado *Confusões de línguas entre os*

*adultos e as crianças*, de 1933, pode-se compreender que Ferenczi (1933/2011), como já mencionado, explicita um dos motivos que o levaram em direção a um trauma real, pois afirma que apesar de as crianças terem fantasias sexuais e falarem mentiras históricas, essas últimas perdem sua força, visto que há inúmeros casos reais de pacientes em análise que afirmam terem mantido relações sexuais com crianças:

Mesmo crianças pertencentes a famílias respeitáveis e de tradição puritana são com mais frequência do que se ousaria pensar, vítimas de violências e de estupros. São ora os próprios pais que buscam um substituto para suas insatisfações, dessa maneira patológicas, ora pessoas de confiança, membros da mesma família (tios, tias, avós), os preceptores ou o pessoal doméstico que abusam da ignorância e da inocência das crianças. (p. 116).

Ferenczi (1933/2003) esclarece dando um exemplo de um pedagogo que o procura desesperadamente porque descobriu que a governanta de uma família bem sucedida mantinha uma vida conjugal com meninos de nove a onze anos. E na tentativa de compreender esses casos de abusos sexuais infantis, Ferenczi afirma que as seduções incestuosas aconteciam por conta de uma confusão entre a linguagem do adulto com a linguagem da criança.

A linguagem da criança encontrar-se-ia no nível da ternura, sendo recheada de fantasias lúdicas que assumem uma conotação erótica, mas conservar-se-iam em um jogo lúdico pautado apenas em brincadeiras infantis. A essa forma de comunicação infantil Ferenczi (1933/2003) denominou de linguagem da ternura. Esta linguagem estaria relacionada ao estágio das relações objetais passivas, expressão que teria a ver com a discussão feita no texto ferencziano, de 1913, intitulado *O desenvolvimento do sentido de realidade e seus estágios*, no qual Ferenczi discute sobre os estágios de organização sexual. Pois desde Freud já se considerava que além do autoerotismo a criança estabelecia algum tipo de investimento libidinal, isto é, relação objetal. Dessa forma, a noção de ternura se restringe à ideia de que a criança mantém relações objetais, mas elas seriam passivas, ternas. Ao contrário do adulto, que mantém relações objetais sob outro tipo de linguagem e se caso tiver tendências psicopatológicas não compreenderá esse nível de ternura da criança, confundindo as brincadeiras infantis com os desejos sexuais de uma pessoa adulta, reagindo assim sob a linguagem da paixão.

Nesse encontro com o adulto abusador Ferenczi (1933/2003) reitera que a criança se encontra sem defesas, uma vez que não possui recursos suficientes ainda para protestar – mesmo por meio de pensamentos – contra uma força superior, uma autoridade. A ausência de defesas suficientes impossibilita que a criança consiga compreender o que lhe aconteceu. Esta incompreensão geradora de angústias pode levar a criança a procurar a ajuda de um adulto, e ao contar-lhe sobre o que lhe aconteceu esse adulto, cuidador,

poderia instaurar o trauma na medida que não acolhe o sofrimento infantil.

Essa recusa para a criança seria o que instauraria o trauma: "o pior é realmente o desmentido, (*nessa dissertação, a desautorização*), a afirmação de que não aconteceu nada, de que não houve sofrimento [...] é isso, sobretudo, o que torna o traumatismo patogênico" (FERENCZI, 1931/2011, p. 79; esclarecimentos nosso). Ou seja, o desmentido ocorre na medida em que o adulto nega a vivência da criança, desautorizando e silenciando qualquer possibilidade de amparo, acolhimento e continência que poderia fornecer para a criança em sofrimento.

Assim, a concepção de trauma em Ferenczi aconteceria em dois tempos, como afirma Mezan (1996, p. 111): "É a sedução por parte do adulto e a denegação por parte deste adulto de que alguma coisa tenha acontecido: não aconteceu nada, não se fala no assunto, não existiu. Este segundo tempo torna o primeiro um jogo erótico traumático". Porquanto o trauma, de acordo com Ferenczi (1933/2003), não é instaurando somente pela vivência de algo real causador de sofrimento, mas o fator traumático ver-se-ia intensificado pela desautorização por parte de uma autoridade que deveria reconhecer a vivência real da criança e ampará-la.

Um exemplo são as crianças que Ferenczi atendeu quando era médico-chefe em um hospital militar, relatado em seu texto *A criança mal acolhida e sua pulsão de morte* de 1928. O autor informa-nos que não era raro nos casos em que atendia crianças que tinham causas orgânicas, ou vinham a falecer facilmente e que eram acolhidas pelos pais de forma rude e sem afeto. Ou seja, a criança ou o bebê que não se sente cuidado e acolhido de forma terna em virtude de um ambiente hostil e desautorizante, pode em alguns casos vir a adoecer.

Ferenczi (1933/2011) reitera ainda que a criança que não consegue na relação com o outro ter sua experiência reconhecida acaba sofrendo de tal forma que suas atividades psíquicas ficam suspensas, ocorrendo o processo de clivagem narcísica. Nesse caso haveria um estado anestésico no psiquismo de total passividade, onde as defesas se encontram afrouxadas, não havendo resistências. Dessa forma, a clivagem narcísica consistiria em uma ruptura no ego a fim de evitar que partes da experiência real angustiante viesse à consciência, tendo em vista que o ego não suportaria ter acesso a determinados conteúdos, pois não teria recursos suficientes para lidar com tamanho sofrimento.

Nesse contexto, vale ressaltar que será com a noção de trauma, mais especificamente a noção de desautorização feita no parágrafo anterior, que nos utilizaremos nesse presente estudo. Para tanto será necessário nos aprofundarmos na obra ferencziana, a fim de compreendermos melhor tal noção. Assim, no capítulo seguinte ampliaremos essa noção de Ferenczi acerca do trauma, bem como dos conceitos e

mecanismos envolvidos no processo de instauração do trauma nos aprofundando na noção de desautorização.

## CAPÍTULO II

### A DESAUTORIZAÇÃO NA CONCEPÇÃO FERENCZIANA DE TRAUMA

*Ainda agora me pergunto: a doçura e a indulgência por parte daquele que estava investido da autoridade não teriam sido uma atitude mais justa? (Ferenczi, apud Dupont, 1990)*

Para compreendermos a noção de desautorização desenvolvida no decorrer da obra ferencziana é preciso antes nos debruçarmos sobre o pilar da construção ferencziana, isso é, a noção de trauma. Isso porque o conceito de desautorização está imerso no desenvolvimento da traumatogênese ferencziana.

Destarte, a conceituação de trauma proposta por Ferenczi segue uma linha tênue que mergulha por toda a sua obra, bem como alguns conceitos que se desenvolvem articulados à traumática ferencziana. Como afirma Torok, no ano de 2001, em *Catástrofes [katasztrófak] carta aberta sobre a correspondência de Freud com Ferenczi*: “Se alguém me pedisse para resumir em poucas palavras todo o tema ferencziano, seria este [desastre] e seus sinônimos: traumas, acidentes, afetos, pathos” (p. 81, tradução nossa).

É por meio desta citação da Torok (2001) que abriremos esta seção, na qual será dedicada a teorização da traumática ferencziana sem deixarmos de levar em consideração os atravessamentos teóricos e técnicos que possibilitaram Ferenczi a construir sua traumatogênese. Dessa maneira serão estudados também os aspectos teóricos e técnicos da clínica que são cruciais para nos ajudar a compreendermos mais a frente a concepção de desautorização no desenvolvimento do trauma.

#### **2.1. Aspectos da teoria ferencziana da Traumatogênese**

A traumatogênese, de acordo com Ferenczi (1930/2011), por muito tempo foi negligenciada, porém tem se mostrado fundamental não somente para o plano terapêutico e prático, mas para podermos compreender o desenvolvimento teórico-conceitual do processo psicoterapêutico. No texto *Princípio de relaxamento e neocatarse*, Ferenczi (1930/2011) relata que após ter evidenciado à atividade fantasística como patogênica, depois de alguns anos tem se ocupado em também priorizar como fator patogênico o traumatismo real, fruto de acontecimentos da realidade, pois o autor percebeu que o traumatismo frequentemente pouco acontece em decorrência de uma hipersensibilidade



constituente das crianças. As fantasias históricas não escondem a verdade, pelo contrário, elas nos revelam como os pais e adultos podem, realmente, ir além com as crianças de forma a seduzi-las com suas paixões eróticas. Os pais e adultos estão propensos a infligir às crianças punições e certas ameaças que podem desencadear abalos e perturbações causando um choque violento no aparelho psíquico, por se tratar de uma vivência totalmente incompreensível para as crianças, que inocentemente não se dão conta da situação angustiante em que o adulto as expõem.

Além disso, Ferenczi (1930/2011) atribui ao lado do Complexo de Édipo uma maior importância à grande possibilidade de o adulto cometer incesto, podendo após o ato não se recordar totalmente das relações incestuosas que cometeu e depois ainda adotar uma máscara da ternura. O autor reitera que apesar das crianças desenvolverem uma resposta genital precoce e de forma intensa, na maioria dos casos considerados traumatizantes a criança que sofreu um choque foi forçada pelo adulto a ter excitações genitais quando ainda não estavam preparadas para tal atividade sexual. Nesse sentido, o desejo da criança corresponde apenas ao que diz respeito à linguagem da ternura e não à violenta paixão do adulto.

Com relação a este choque ocasionado devido à exposição traumática Ferenczi (1930/2011) explica que ocorre quando o eu não suportando o excesso de excitações e não tendo recursos suficientes para elaborar o que lhe aconteceu, finda por fazer uma ruptura com a realidade. Dado que a criança ainda não possui recursos suficientes para elaborar o excesso de excitações relativo a vivências intensas (violência, sedução etc.), a falta de tato por parte do cuidador deixa a criança 'abandonada' a seu próprio destino. Sendo assim, a primeira reação da criança a um choque no psiquismo são os casos de amnésia neurótica, bem como os casos de amnésia infantil. Para o autor, em ambos os casos é grande a possibilidade de acontecer o processo de clivagem do psiquismo, isso é, em que a parte clivada permanece em silêncio no psiquismo, porém tentando constantemente se manifestar na consciência. O fato dessa parte não encontrar uma saída possível resultaria na manifestação de sintomas neuróticos.

Portanto, os sintomas neuróticos e histéricos são considerados resultados de choques traumáticos, que conforme Ferenczi (1930/2011), podem estabelecer um contato direto com a parte cindida da personalidade levando a uma possível conversão infantil. Assim, esses sintomas podem se desenvolver na vida adulta por meio de registros de lembranças corporais sem passar pela consciência se assemelhando à infância, período em que as funções do pensamento ainda não estão totalmente formadas. Nesse contexto, uma possibilidade de lidar com o conteúdo cindido e a conversão infantil seria por meio da terapia, com a técnica de relaxamento.

No que tange à prática de relaxamento utilizada em muitos casos traumáticos,

Ferenczi afirma em uma nota intitulada *O trauma na técnica de relaxamento*, de 1931, que trata-se de uma técnica em que o analista, após grande delicadeza e flexibilidade, auxilia o paciente a conseguir reconstruir inúmeros acontecimentos penosos de sua infância e a reduzir o tecido traumático na medida em que vai tendo acesso aos conteúdos por meio da consciência. Assim, durante as análises, o paciente se vê imerso em um estado de muita emoção, podendo até mesmo ter delírios e perda da consciência. Ao se encontrar neste estado o terapeuta pode incitar o paciente a dar explicações sobre as possíveis causas de suas perturbações corporais e emocionais. Com isso, pretende-se levar o paciente a manifestações anteriores do processo de recalçamento nas cenas de violência, por exemplo, onde possa ser possível uma total imersão no passado traumático.

Ao descrever para Anna Freud os procedimentos técnicos que utiliza com os pacientes, Ferenczi afirma que Anna comentou que ele trata de seus pacientes assim como ela trata as crianças que atende nas análises infantis. Ferenczi (1930/2011) afirma que dá razão para Anna Freud, pois realmente as formas de relaxamento que tem estudado e desenvolvido se aproximam ainda mais as análises de crianças das análises de adultos. O autor fornece como exemplo um caso em que ao utilizar uma técnica flexível ajuda uma paciente a lembrar de seus choques psíquicos que sofrera quando era criança. No andamento da análise Ferenczi percebe o quanto a capacidade do relaxamento pôde contribuir para transformar a tendência à repetição em rememoração.

No que diz respeito ao processo de rememoração, Ferenczi (1930/2011) leva em consideração a afirmação de Freud em que a análise só faz sentido quando consegue substituir o agir pela rememoração, porém Ferenczi reitera que há também vantagem em levantar em análise um material de atuação que pode mais para frente ser transformado em rememoração. Porquanto, pode ser útil para o terapeuta descobrir quais são as tendências que podem levar a um agir antes de iniciar um trabalho do pensamento, de levar à consciência o conteúdo recalçado.

Por esse caminho, para compreendermos a traumatogênese ferencziana é preciso nos atermos para os modos de relação entre terapeuta e paciente. Para isso, Ferenczi (1933/2011) nos alerta em relação à necessidade de o paciente se sentir confiante perante a figura do analista. É recomendável que a figura do analista tenha a possibilidade de admitir e renunciar seus erros cometidos na clínica, visto que quando o terapeuta admite que estava enganado sobre algo pode trazer uma enorme confiança por parte do analisando: “Essa confiança é aquele algo que estabelece o contraste entre o presente e um passado insuportável e traumatogênico. *Esse contraste é indispensável para que o passado seja reavivado* [...] como lembrança objetiva” (Ferenczi, 1933/2011, p. 115, grifo do autor).

Dessa forma, o terapeuta ao assumir seus erros e renunciar a eles ao invés de

prejudicar o paciente, de acordo com a teoria de Ferenczi (1933/2011), poderia proporcionar um grande alívio, podendo, por exemplo, colaborar para uma atenuação da crise traumática histérica. Isso porque não seria necessário na situação analítica forçar o paciente a reproduzir o trauma, o que poderia tornar o processo analítico inviável. Pelo contrário, no momento da crise seria possível reduzi-la por meio da reprodução dos eventos traumáticos do passado pelo pensamento sem que essa reprodução provocasse uma perda do equilíbrio no psiquismo.

Destarte, a reprodução dos eventos trágicos do passado pode permitir uma resolução do trauma mais duradoura. Desse modo, uma das formas de repetição traumática seria por meio dos sonhos. Em uma nota intitulada *Da revisão de A interpretação dos sonhos*, Ferenczi (1931/2011) escreve que os restos diurnos, isto é, os restos mnêmicos de vivências recentes, são sintomas de repetições de traumas, onde haveria uma tendência na neurose traumática de resolução do trauma por meio dos sonhos na tentativa de lidar com os acontecimentos traumáticos. Neste caso há o predomínio do princípio do prazer, pois o psiquismo trabalharia buscando oferecer melhores sentidos para as vivências traumáticas. Além disso, os sonhos ressaltariam da relação entre a inconsciência e o traumatismo, uma vez que o paciente só poderia repetir as vivências traumáticas por meio do sono, ou seja, sem que houvesse conteúdo representacional.

Por esse caminho é possível, a partir dos estudos dos sonhos, compará-lo com a atividade do trauma no psiquismo. Pois, conforme Ferenczi (1931) esclarece, o estado de inconsciência do sono se assemelha ao choque inesperado da vivência traumática, onde a consciência é anestesiada de tal modo que há uma desconexão com a percepção e uma instauração de um estado de passividade em que não há qualquer possibilidade de resistências, havendo apenas uma suspensão de toda a atividade psíquica. Dessa forma, como em um sono profundamente inconsciente não há defesas possíveis contra algo que não é percebido pela consciência, conseqüentemente “as origens dessa comoção são inacessíveis pela memória” (FERENCZI, 1932, p. 130).

Ferenczi (1931) acrescenta ainda que o estado de inconsciência, isso é, o estado do sono, facilita o retorno de impressões traumáticas que não foram resolvidas e que estão aguardando uma resolução. Esse processo ficou conhecido por função traumatolítica do sono, no qual percebe-se que o trauma tende a repetir com maior frequência durante o sono do que no estado de vigília. Nesse contexto, o sonho pode ser dividido em dois segmentos, sendo o primeiro segmento uma repetição pura da vivência angustiante, já o segundo seria uma tentativa bem-sucedida de resolução traumática. Entretanto, o trauma só será admitido na consciência mediante uma condição de falsificação das experiências traumáticas, conhecida como clivagem narcísica, onde há um lugar de censura em uma parte clivada do ego. Essa parte seria a responsável por medir a proporção do dano, ou o

quanto a pessoa é capaz de suportar determinados conteúdos, neste caso só se permitiria acesso à consciência quando é possível de suportar na forma e no conteúdo do sonho.

Assim, o primeiro segmento do sonho, de acordo com Ferenczi (1931), se assemelha a uma repetição traumática-neurótica, em que há uma repetição das impressões vivenciadas no mundo externo, já o segundo segmento teria como principal função um domínio parcial das angústias sem ajuda exterior mediante o processo de clivagem narcísica. A clivagem narcísica tem como resultado o mecanismo de projeção, que cumpre a função de deslocar os acontecimentos da vida da pessoa para uma outra figura/objeto no interior do sonho. Nesse contexto, o objetivo da terapia seria o de analisar os acontecimentos traumáticos revividos durante a análise a partir dos sonhos com a ajuda de um aprofundado estado de transe, em que a regressão aconteceria para além do sonho secundário. Essa técnica exige muito tato e renúncia por parte do terapeuta, que não deve ter uma postura de detentor do saber.

Ainda no que tange à clivagem narcísica, Ferenczi (1933) afirma que aconteceria quando a criança passa pela vivência do trauma. Porém antes de acontecer o processo da clivagem narcísica ocorreria o processo de negação, que é quando a criança vivencia uma experiência incompreensível para a sua capacidade subjetiva desencadeando o mecanismo de defesa da negação (*Verneinung*), quando lhe é incompreensível. Dessa maneira, o trauma infantil consistiria na vivência real e angustiante, bem como na negação, na recusa da realidade dessa experiência. Pode também ser vivenciado pelo adulto que desautoriza o acontecimento real devido a incompreensão entre as diferenças de linguagens do adulto e da criança. Contudo, para a criança a negação da experiência real é violenta e a clivagem narcísica resultaria na suspensão das atividades do psiquismo, bem como em formas de resistências e anulação das percepções, dificultando, assim, a possibilidade de elaboração psíquica.

Além dos mecanismos citados no parágrafo anterior, Ferenczi (1982/2011) acrescenta outro mecanismo como resultado da vivência traumática, que seria a introjeção da figura do agressor. Esse processo se inicia quando a criança se encontra suscetível à ausência de defesas, sem possibilidades físicas e morais, mesmo em pensamento, para protestar contra a autoridade e a força de um adulto, podendo perder até mesmo a consciência dependendo do ataque violento. Dessa forma, a criança envolvida pelo medo se submete à vontade do agressor obedecendo-o de tal forma a esquecer de si mesma e, no segundo momento, acaba identificando-se com a figura do agressor, como explica Ferenczi (1933/2011):

Por identificação, digamos, por introjeção do agressor, este desaparece enquanto realidade exterior, e torna-se intrapsíquico; mas o que é intrapsíquico vai ser submetido, num estado próximo do sonho – como é o transe traumático -, ao processo primário, ou seja, o que

intrap síquico pode, segundo o princípio do prazer, ser modelado e transformado de maneira alucinatória, positiva ou negativa. (p. 117).

Mas como aconteceria essa identificação com o objeto hostil? Ferenczi (1933/2011) afirma que a agressão não mais existe enquanto realidade externa, mas passa a existir internamente na criança sob forma de introjeção do sentimento de culpa do adulto. Caso a criança se recupere da agressão, ainda assim, ela ficará em grande confusão psíquica, não sabendo dizer o que lhe aconteceu, o que acarreta uma desconfiança no testemunho de seus próprios sentimentos e vivências que transitam de forma dividida entre a inocência e o sentimento de culpa.

Com relação à figura do agressor que, conforme Ferenczi (1933/2011), diferentemente da criança, irá comportar-se como se nada tivesse acontecido, não conseguindo reconhecer a criança como um ser que possui sentimentos e que sofre muito mais com a violência do que o adulto, uma vez que ainda não possui recursos psíquicos suficientes para lidar com a violência. Dessa forma, o comportamento do abusador, quando atormentado pelo remorso e pela irritação, transmite esse sentimento para a criança deixando-a ainda mais envergonhada e com o sentimento de culpa que não é originalmente seu, mas sim do adulto que a agrediu. Ferenczi (1933/2011) acrescenta ainda que muitas vezes após a violência cometida na criança o adulto atormentado busca ajuda por meio de princípios religiosos, se aproximando de uma moral rígida e restrita com a esperança de salvar a alma da criança.

Nesse contexto, notamos que Ferenczi (1932) relaciona a vivência do trauma com o comportamento dos adultos em relação à criança. Pois a criança além de sofrer o trauma muitas vezes ainda é punida pelos adultos, que exigem que ela tenha um grau de maturidade da qual ainda não é capaz. Ou também pode acontecer de os adultos reagirem de forma silenciosa ao sofrimento infantil causado por uma violência, o “que torna a criança tão ignorante quanto se lhe pede que seja” (Ferenczi, 1932, p. 127). Este fenômeno em que o adulto desacredita ou silencia a vivência angustiante da criança gera uma forte comoção psíquica na vítima, levando-a ao choque traumático.

Em uma nota intitulada *Da psicologia da comoção psíquica*, redigida por Ferenczi, em 1932, é possível afirmar que ao estudar o fenômeno da comoção psíquica percebe-se que esse é sempre de origem psíquica, podendo também ser resultado de algo puramente físico, ou puramente emocional, ou até mesmo resultado de ambos fatores, o físico e o moral. Entretanto, mesmo quando não há interferência física, a comoção psíquica possibilita o choque traumático sendo geradora de grande desprazer que não pode ser superado por meio de representações. Dessa forma, o choque traumático seria uma decorrência da comoção psíquica que ocorre devido ao aumento de excitações no

psiquismo. Ou seja, se a criança em sofrimento não encontra amparo no adulto – que a desacredita – isso pode desencadear grande angústia devido ao excesso de excitações no psiquismo. Essa angústia não sendo elaborada simbolicamente pode ser designada como geradora de comoção psíquica, o que provoca o choque traumático na criança e a suspensão de toda atividade psíquica: “um choque inesperado, não preparado e esmagador, age por assim dizer como um anestésico” (Ferenczi, 1931, p. 129).

Sendo assim, o trauma tem como consequência imediata a angústia, que consiste, conforme Ferenczi (1932/2011), em um sentimento de incapacidade, o qual ajudaria a pessoa a lidar com situações causadoras de desprazer, tendo em vista que com a angústia, o desprazer tende a aumentar na medida em que não há uma forma de dar vazão a esse sofrimento. Na tentativa de se libertar do desprazer exige-se uma válvula de escape que vem sob a forma de autodestruição e de desorientação psíquica, uma vez que a criança pequena ainda não dispõe de recursos egóicos suficientes para dar conta do excesso de excitação (comoção psíquica), podendo ocorrer a clivagem psíquica. Dessa maneira, temos uma diferença da teoria freudiana do recalçamento que designa uma forma de clivagem psíquica no sentido de o eu, por não conseguir dar conta da excitação envolvida em certas lembranças, reprime-as, deixando para trás uma parte do psiquismo. Ocorre que na teoria de Freud a repressão já envolve certos recursos egóicos posteriores à castração, enquanto nas teorizações de Ferenczi ele está tentando compreender as defesas possíveis em um ego precoce, que ainda não tem recursos suficientes, o que justifica em casos extremos a hipótese de fragmentação egóica.

Em *Notas e fragmentos: traumatismo e aspiração à cura*, Ferenczi (1930/2011) afirma que o efeito imediato de um traumatismo não superado seria a fragmentação. Isso ocorre em alguns casos como uma forma de defesa do eu diante de uma situação de intensa excitação, e assim, dependendo da gravidade do trauma e da capacidade de defesas disponíveis no psiquismo, a experiência traumática é fragmentada em diversas partes como forma de liquidar o choque da consciência. Segundo Kahtuni e Sanches (2009), Ferenczi tinha como um dos objetivos da psicanálise de pacientes traumatizados – também conhecidos como pacientes difíceis – facilitar a integração dos fragmentos do eu na tentativa de diminuir a quantidade de energia gasta para a manutenção dessa defesa e, conseqüentemente, restabelecer as funções do eu que até então estavam prejudicadas devido ao funcionamento não integrado do eu.

Além disso, para Ferenczi (1932/2011), um dos resultados da angústia traumática seria a transformação do sofrimento traumático em um medo da loucura. Pois a pessoa que sofreu alguma vivência traumática pode, de forma inconsciente, querer se proteger, tentar defender-se do mundo externo de tal forma que podem se sentir vítimas de perseguição ou apresentarem sentimentos de onipotência e megalomania, em que se tenta

destruir tudo o que pode causar medo. Seria por meio dessas inseguranças e medos que versaria o caminho de uma análise.

## **2. 2. Algumas considerações sobre o manejo do trauma na clínica ferencziana**

De acordo com Birman (1996), Ferenczi se apresenta como um continuador da obra freudiana, resultando em uma teoria da clínica, visto que ao começar a se deparar com questões sensíveis na clínica o autor atenta para doenças relativas ao corpo sobre a passagem da representação de um ser biológico para uma elaboração de um corpo que se encontra em um nível pulsional. Com o tempo os pacientes demonstravam para Ferenczi que o analista não é apenas um ser que se posiciona por meio da escuta, mas se encontra em um lugar que o analisando promove satisfação pulsional no terapeuta e vice-versa, onde há movimentos para além da interpretação por meio da palavra. Sendo assim, seria por meio do desenvolvimento da teoria da clínica que “Ferenczi [sic] vai colocar a dimensão do trauma no coração da experiência psicanalítica” (Birman, 1996, p. 79).

É possível pensarmos que a técnica na obra ferencziana vai ganhando espaço conforme Ferenczi vai teorizando a problemática da questão do trauma. Segundo Casadore (2016), foi por meio dos escritos sobre a técnica, mais especificamente sobre a elasticidade na técnica, que Ferenczi se concretiza no campo psicanalítico da Hungria, principalmente no que diz respeito às problemáticas da prática psicanalítica. Nesse sentido, será feita uma discussão sobre os ensaios de Ferenczi com relação à técnica ativa, depois à elasticidade e o tato, com o objetivo de mostrar como o autor chega a estabelecer alguns parâmetros para nortear o trabalho clínico com casos de vivências traumáticas precoces.

Iniciaremos assim a discussão por meio da noção de técnica ativa, que pode ser entendida como uma atividade do terapeuta em provocar o paciente de tal forma que esse coopere ativamente para um maior desenvolvimento do tratamento psicoterapêutico. De acordo com Honda (2018), a técnica ativa não diz respeito a uma nova regra para se utilizar no contexto clínico, uma vez que as regras utilizadas para o enquadre analítico se conservam conforme os preceitos da técnica psicanalítica, pois, o paciente continua se apoiando na livre associação e o analista amparando sua prática de maneira passiva e receptiva, criando um ambiente favorável para que se tenha uma boa relação analítica.

No texto de 1921, intitulado *Prolongamentos da “técnica ativa” em psicanálise*, Ferenczi postula que a técnica ativa do ponto de vista econômico, segundo Ferenczi (1920/2011), pode levar o paciente ao abandono de suas atividades prazerosas ou a um maior envolvimento em atividades que lhe causam desprazer. Essas mudanças

permitiriam novos estados de tensão no psiquismo de tal modo que perturbaria as regiões psíquicas que antes estavam dormentes, visto que a eficácia da técnica ativa estaria em despertar efeitos no paciente de maneira que o desestabilize da sua zona de conforto, podendo provocar defesas que na verdade são recursos para que esse avance no processo de análise.

Dessa maneira, a técnica ativa quando elaborada por Ferenczi visava ajudar o processo terapêutico a se encaminhar mais rapidamente, na medida em que revela para o analisando e para o analista as tendências latentes que podem incidir em possíveis repetições. Dado que, segundo Ferenczi (1920/2011), a técnica ativa seria o agente provocador que favoreceria repetições, possibilitando – por meio de injunções e interdições – a reconstrução das lembranças traumáticas.

Contudo, apesar de ter alguns pontos positivos, Ferenczi reconhece que a técnica ativa possuía limitações e inadequações. Pois Ferenczi foi percebendo que com o recurso da técnica ativa o analista exerce uma influência significativa no paciente, mesmo que de forma intencional, de modo que a técnica ativa não deveria ser usada de maneira exacerbada, já que pode conduzir o paciente a responder tarefas que lhe são impossíveis, o que poderia facilmente resultar no término da análise.

Além disso, Ferenczi (1920/2011) acrescenta que uma maior atividade da figura do terapeuta no processo de análise pode colaborar para uma exacerbação dos sintomas, fazendo aumentar os conflitos internos, bem como as resistências e os mecanismos de defesa. Por isso Ferenczi se dá conta de que as técnicas ativas não são adequadas para o tratamento dos casos difíceis, de pacientes regredidos, nos quais supõe vivências traumáticas.

Nesse sentido, as intervenções ativas não são a regra, pelo contrário, são restritas para serem usadas apenas em situações bem específicas. Pois Ferenczi (1920/2011) deixa bem evidente que a técnica ativa deve ser utilizada com “a maior prudência e somente quando se possui um domínio perfeito da psicanálise clássica” (Ferenczi, 1920/2011, p. 133).

Assim, em 1926 Ferenczi escreveu um texto intitulado *Contraindicações da técnica ativa*, no qual escreve seu desejo em reparar algumas questões concernentes à técnica ativa. O autor salienta que uma maior atividade do analista, na medida que se propõe a aumentar a tensão psíquica, acaba exacerbando maiores resistências, incitando o ego do paciente a opor-se ao analista e provocando a fuga do paciente.

Segundo Kahtuni e Sanches (2009), com a constatação de que a técnica ativa poderia, em muitos casos, favorecer a repetição do trauma por conta do analista ser o agente provocador, Ferenczi foi abandonando-a em favor de uma elasticidade terapêutica. Ou seja, o autor tinha consciência de que em muitos casos as consequências eram



negativas e por reconhecer essas limitações de uma técnica fundamentada no princípio da abstinência (que visava impedir que o paciente buscasse satisfações substitutivas) que continuou suas reflexões sobre a questão da técnica chegando a adotar uma postura quase oposta, na qual a técnica passa a ser guiada por um princípio que ele chama de relaxação ou de permissão. Resultando assim no reconhecimento da necessidade de tato e de uma elasticidade na condução do tratamento.

Para isso Ferenczi (1928/2011) elabora teorizações que auxiliam o manejo clínico, como, por exemplo, ao afirmar que seria por meio do tato, do sentir com, que o analista se colocaria como responsável em uma análise e na relação transferencial. Assim, seria por meio desta ênfase no sentir com o outro que Ferenczi formula um dos principais papéis para a psicanálise, entendendo-a como uma teoria “não tecnicista, impossibilitada de ser transmitida, simplesmente, de modo pedagógico” (Casadore, 2016, p. 156). Dessa maneira, uma das interpretações possíveis é a de que a técnica na obra ferencziana estaria para além das normas e regras, dependendo fielmente da presença do analista e de seu tato clínico. Ou seja, a psicanálise ferencziana está muito longe de ser algo doutrinária e rígida.

Portanto, para além da técnica ativa a qual é referenciada por Ferenczi, é preciso compreendermos uma parte importante da obra ferencziana que diz respeito à elasticidade da técnica. Nesse sentido, um dos textos que evidenciará essas questões referente à importância da elasticidade do analista na clínica será o texto intitulado *Elasticidade da técnica psicanalítica*, de 1928, em que Ferenczi postula sobre o objeto de investigação psicanalítica no decorrer do tratamento clínico. Ao escrever sobre a forma como o analista se estabelece com o paciente, que seria por meio do tato, pode constituir o desenvolvimento do tratamento analítico, ou seja, o trabalho se daria na forma como se comunica com o paciente.

Desse modo, cabe ao analista, de acordo com cada analisando, perceber como e qual será o momento para se comunicar algo, ou se é necessário apenas permanecer em silêncio. Dessa maneira, o tato consistiria para Ferenczi (1928/2011) a faculdade do sentir, que para o alemão se denominaria *Einfühlung*. Essa capacidade de tato possibilitaria uma relação entre analista e analisando com menores resistências, tornando possível inúmeras associações e elaborações.

Dessarte, a compreensão ferencziana acerca do tato é fundamental para lidar com os casos clínicos difíceis, de vivência traumática por parte do paciente. Visto que, segundo Kahtuni e Sanches (2009), Ferenczi preconizou a importância do ambiente humano, do tato no desenvolvimento infantil, já desde o nascimento. Assim, o analista sendo um dos representantes do ambiente externo precisa tratar os pacientes com tato, para que haja a facilitação do processo terapêutico e a diminuição de resistências. No contexto clínico o

tato e o princípio de relaxação são evidenciados, uma vez que foi por meio deles que Ferenczi teria conseguido conduzir o tratamento e levantar hipóteses sobre os traumas precoces:

o relaxamento, ao qual o paciente deveria ser levado pretendia favorecer a regressão a níveis mais primitivos e profundos do funcionamento psíquico, além de possibilitar uma melhor sintonia com a parte da personalidade traumáticamente inibida em seu crescimento normal. Isso significa dizer que não apenas a natureza infantil dos conteúdos inconscientes deveria ser buscada; também a totalidade da parte clivada que se manteve como uma criança precisaria tomar contato com o trabalho analítico. (Kahtuni; Sanches, 2009, p. 378).

Assim, a possibilidade de recordar as lembranças traumáticas durante a sessão de análise nos faz pensar na figura do analista e na relação terapêutica, que é essencial para que haja a reconstrução das experiências angustiantes. De acordo com Ferenczi (1931/2011), a aspiração à cura do traumatismo pode levar a uma repetição dos eventos traumáticos anteriores, que são repetidos em análise visando uma reconstrução do passado.

Em vista disso, percebemos cada vez mais que Ferenczi em sua teorização acerca da técnica psicanalítica demonstra uma ênfase no papel do outro para que a relação terapêutica possa avançar. Outro este, que suscitaria em uma compreensão do que há de mais infantil no paciente, de modo que caberia ao analista por meio de uma relação transferencial, “entre os extremos caricaturais representados pelas figuras de um pai severo ou de uma mãe bondosa, dispor da intuição necessária para lidar de forma adequada com cada paciente” (Honda, 2018, p. 77). Nesse sentido, é possível pensarmos que a figura do analista para Ferenczi teria o papel diferenciado, conforme cada analisando, estabelecendo um vínculo que possibilitasse uma relação terapêutica satisfatória.

### **2. 3. A noção de desautorização em Ferenczi**

De acordo com Mezan (1996), será no contexto de análise das vivências traumáticas que Ferenczi modificará a sua concepção sobre a significância do objeto externo, pois antes era entendido como algo passivo e em partes neutro, e com as modificações passa a ser fundamental para que haja uma organização ou desorganização psíquica. Um exemplo seria o que acontece com a criança que sofre violência, passando ela própria a ser o objeto sádico do outro. Nesse sentido, é a relação do outro com o sujeito que está evidenciada. Relação essa que seria destruturante para Ferenczi, uma vez que produzia uma vivência catastrófica.

Sob essa ótica o objeto seria agente e teria um poder sobre a condição psíquica do outro (Mezan, 1996). Dessa maneira, a relação com o outro real seria fundamental para o desenvolvimento do trauma, ou não, pois o movimento da criança em contar para um adulto responsável poderia estabelecer uma vivência catastrófica ou uma experiência acolhedora.

Conforme Ferenczi (1932/2011), esse ato de comunicação entre uma criança que sofreu alguma violência a um outro (adulto) que desacredita na vivência real da criança suscitaria no segundo tempo do trauma, no qual se estabeleceria a noção de desautorização. Ou seja, o adulto que desautoriza o discurso da criança, desmentindo-a, não leva em consideração seu sofrimento infantil. Dado que ao silenciar a criança, silencia-se também sua experiência emocional.

Nesse sentido, a noção de desautorização ferencziana estabelece o segundo momento traumático. Ou seja, na concepção proposta por Ferenczi teríamos, primeiramente, uma sedução por parte do adulto e, no momento posterior, a desautorização de que algo realmente aconteceu com a criança. Segundo Mezan (1996), seria essa dimensão do trauma que levaria Ferenczi a uma autocrítica profunda, na medida em que ele “se dá conta de que ele mesmo podia ter estimulado algumas das sensações traumáticas das quais os pacientes vão falar.” (Mezan, 1996, p. 112).

Seguindo essa linha de entendimento, a noção de desautorização descrita acima foi traduzida por alguns autores brasileiros a partir da palavra original *Verleugnung*. Esse é um conceito originalmente freudiano forjado para explicar o mecanismo das perversões e psicoses, em que há uma recusa do sujeito em reconhecer uma realidade externa e interna, como afirmam Laplanche e Pontalis (2001), ao relatarem que foi a partir de 1924 que Freud começou a empregar o termo *Verleugnung* de forma mais específica, aproximando o termo à ideia de recusar ou negar algo da realidade. Assim, na tentativa de não confundir as significações do termo *Verleugnung* nas obras freudianas e ferenczianas, a maioria dos tradutores da obra de Ferenczi acabaram preferindo traduzir por meio de palavras como: desmentido, descrédito e desautorização.

Embora as diferentes traduções possuam na obra de Ferenczi o sentido de negação do discurso da criança por parte do adulto, nessa pesquisa, o termo utilizado para designar *Verleugnung* será a palavra desautorização, seguindo a sugestão de Luis Cláudio Figueiredo que a utiliza “no sentido de enfatizar a dimensão de desapropriação subjetiva promovida no sujeito em estado de vulnerabilidade pelo encontro traumático” (Kupermann, 2016, p. 02).

Sendo assim, a palavra desautorização, de acordo com Ferenczi (1933), representa o fato de o adulto desconsiderar o testemunho infantil, de forma a desacreditar na

experiência angustiante que a criança vivenciou, em tal grau que não consegue dar o suporte e as condições necessárias para que a criança consiga simbolizar e dar representações para seu sofrimento:

O tempo da violação da criança pelo adulto cego à dissimetria existente entre suas posições, ou seja, passional na sua relação com a diferença do outro; e o tempo da “desautorização” do seu testemunho, decerto o mais decisivo e o mais funesto para a constituição da cena traumática. (Kupermann, 2015, p. 02).

Nessa perspectiva, conforme as palavras do citado autor, a confusão de línguas entre o adulto e a criança suscitaria a violência infantil, sucedendo no primeiro tempo do trauma. O segundo momento seria a busca por um adulto para que seja capaz de amparar e testemunhar o que houve, além de dar sentido à experiência desestabilizadora que a criança teria vivenciado. Já o terceiro tempo do trauma ferencziano se constituiria durante a vivência pela criança da desautorização por parte do adulto, isso é, quando a pessoa vai atrás de uma presença sensível, que seja capaz de compreender seu sofrimento e acaba encontrando a negação, a “indiferença, ou seja, o abandono traumático que desautoriza seu testemunho” (Kupermann, 2016, p. 15).

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 dos pensamentos ou dos movimentos; é isso, sobretudo, o que torna o traumatismo patogênico. (Ferenczi, 1931/2011, p. 79, grifo nosso).

Por esse ângulo, a noção de desautorização que envolve o contexto do trauma infantil pode também ser ampliada para a situação analítica da clínica. De acordo com Ferenczi (1923/2011), a relação entre analista e analisando pode suscitar em uma “continuação da luta infantil contra a autoridade dos adultos” (p. 70), pois nesses casos o paciente pode ver o analista como uma pessoa severa, parecida com a figura do adulto desautorizante de quando ela era criança. Essa relação verticalizada pode acarretar no paciente repetições dos sintomas e reações sintomáticas que se encontram na base da neurótica dos pacientes.

Além disso, Ferenczi (1930/2011) reitera que a relação verticalizada entre o analista e o analisando pode se assemelhar a uma relação de professor e aluno. O autor relata um exemplo de quando começou a perceber que seus pacientes não se sentiam confortáveis o suficiente para demonstrarem ou falarem que estavam descontentes. Assim, não havia abertura e liberdade no processo analítico para os pacientes irem contra o dogmatismo e pedantismo da relação entre analista e analisando.

Percebe-se que Ferenczi ao estudar os casos de desautorização entre crianças e adultos também nos permite pensar que essa noção de desautorização pode ainda ser compreendida para além dos casos de violência, possibilitando um estreitamento da noção

de desautorização nos casos em que há relações verticalizadas, com, por exemplo, entre o terapeuta e o paciente, bem como entre a figura do professor e o aluno.

Por esse caminho, até o presente momento, procurou-se uma maior compreensão da técnica ferenciana, de maneira que adentramos em sua teórica de forma mais geral e abrangente para que seja possível, agora, mergulharmos no conceito de desautorização e então compreendermos com mais afinco essa noção na obra de Ferenczi que será explicitada no capítulo seguinte.

### CAPÍTULO III

#### **A DESAUTORIZAÇÃO NO CONTEXTO CLÍNICO E ALGUMAS DE SUAS IMPLICAÇÕES: um diálogo possível entre Ferenczi e seus interlocutores contemporâneos**

*As questões com que a psicanálise se defronta são inevitavelmente políticas, mesmo quando surgem no seio de uma família, numa escola ou numa relação amorosa; trata-se sempre do quanto e do como o desejo pode se produzir e se expressar diante das injunções de assujeitamento. (Deleuze, 1975).*

Neste último capítulo as discussões versarão sobre algumas repercussões da noção de desautorização no contexto clínico. A primeira seção trabalhará com a noção de trauma no contexto relacional entre a criança e o adulto, que terá como base as teorizações de Ferenczi e será complementada por autores que sofreram sua influência, como o Winnicott. Dessa forma, pretende-se compreender as principais repercussões da desautorização do adulto no desenvolvimento infantil.

Na segunda seção será abordada a noção de desautorização no contexto clínico relacionando-a com os pacientes difíceis. Na tentativa de compreender os processos psíquicos envolvidos no adoecimento dos pacientes que sofreram o trauma e que, de alguma forma, ainda repercute em forma de sintomas e de vivências de angústia.

Com relação à terceira seção deste capítulo, o conteúdo trabalhado é a relação clínica entre o paciente e o analista e como essa dupla analítica pode criar potencialidades terapêuticas. Assim, a tentativa nesta última seção é a de conduzir o leitor a visualizar possibilidades de lidar com a desautorização na clínica sem repeti-la, mas criando condições para que o trauma seja reelaborado.

Sendo assim, antes de adentrarmos nesse capítulo pensamos que seria oportuno retomar algumas questões sociais e políticas que fizeram parte da vida pessoal de Ferenczi e que, paralelamente, surtiram reflexos na sua construção teórica. Isso porque não se pode negar o fato de as construções teóricas dos autores estarem relacionadas com a sua contextualização social e histórica, assim como os sintomas dos pacientes que também estão vinculados ao contexto no qual os pacientes estão inseridos.

Dessa forma, segundo Nasio (1995), Ferenczi diferentemente de Freud se encontrava envolvido com as demandas da realidade da sociedade, pois seu trabalho como

médico assistente permitia que estivesse bem perto de pacientes em vulnerabilidade social, visto que Ferenczi trabalhou em asilos nos quais atendera homossexuais, prostitutas, casos atualmente chamados limítrofes (então considerados difíceis), que não se encaixavam no método utilizado na época para tratar pacientes neuróticos (Barande, 1972/1996).

Katz (1996) levanta a hipótese de que Freud teria poucos recursos para suportar o sofrimento do outro, ao contrário de Ferenczi, que cuidava justamente dos casos considerados difíceis, que expressavam intenso sofrimento psíquico. Dessa maneira, a clínica ferencziana apresentava muitas experiências terapêuticas, como aponta a autora Judith Dupont, em seu artigo de 1988, intitulado *La "locura" de Ferenczi*:

As habilidades terapêuticas de Ferenczi e sua considerável experiência clínica eram muito bem conhecidas. Colegas de todo o mundo o consultavam sobre casos considerados críticos. Essencialmente, eram casos que hoje em dia seriam diagnosticados como limítrofes ou psicóticos; estes são pacientes que muitas vezes não se pode colocar no divã. Eles vão passear na sala de consulta ou adotar posições diferentes na frente do analista. (Dupont, 1988, p. 3, tradução nossa).

Devido a uma demanda clínica diferenciada dos casos de neurose, os quais eram mais comuns na clínica tradicional, Ferenczi se preocupou em buscar uma estruturação teórica que estava atrelada às questões da técnica, contribuindo assim para um desenvolvimento de uma clínica diferenciada, que se afastava do modelo vigente da psicanálise clássica. Segundo Balint (2011), Ferenczi realizava observações precisas sobre a técnica ativa com a intenção de aprimorar a sua compreensão dos pacientes, bem como desenvolver um vínculo seguro, que lhe possibilitasse intervenções no momento certo e de forma correta durante o tratamento.

Entretanto, apesar de ter dedicado grande parte de sua vida buscando desenvolver uma teorização psicanalítica que atendesse às demandas de casos diferenciados, como limítrofes e casos graves, de psicoses, Ferenczi foi muito criticado por olhar para um lado que a psicanálise tradicional estava acostumada a evitar, fechando os olhos para uma demanda que estava para além das neuroses, limitando seus estudos para apenas certos tipos de atendimento. De acordo com Dupont (1988), o maior causador dos questionamentos da teorização ferencziana teria sido Ernest Jones – o qual chegou a ser paciente por um curto período de Ferenczi – que acabou fazendo declarações sobre Ferenczi estar louco nos últimos três anos de sua vida.

Com relação à rápida aceitação da tese proferida por Jones, Dupont (1988) nos revela que esse sinal de resistência dos psicanalistas da época pode ser entendido como um sintoma por parte do meio psicanalítico, no que tange às novas ideias de que Ferenczi gostaria de introduzir para o campo da psicanálise. Dessa forma, continua a autora, este desconforto da comunidade psicanalítica pode ter sido causado pelo paralelo que Ferenczi

faz entre a relação pai e filho e entre a relação analista e analisando, principalmente quando se refere aos pacientes que estão em um estado de regressão profunda.

Nesse contexto, Ferenczi compreenderia que assim como os pais, os analistas também acabam ficando “aquém no seu trabalho. Eles mesmos estão em um papel que é impossível assumir totalmente. Isso cria uma situação de culpa persistente em relação à criança ou paciente.” (Dupont, 1988, p. 2, tradução nossa).

Sendo assim, ao implicar o analista no processo terapêutico, paralelamente, introduzindo a noção de contratransferência, Ferenczi se opõe a muitos terapeutas de seu tempo, pois não compreende o fenômeno da contratransferência como algo desconfortável, que precisa ser neutralizado, mas como um recurso, uma ferramenta que deve ser indispensável para a análise do processo psicoterapêutico (Dupont, 1988).

Por esse caminho, podemos refletir que Ferenczi sofreu repressões e julgamentos durante a construção de sua teorização, sendo questionado pelos psicanalistas de sua época. E é com essa percepção, que nesse capítulo pensar-se-á, primeiramente, na noção de “desautorização” para uma compreensão da confusão de linguagem entre os adultos e as crianças, adentrando para a relação entre pais e filhos e para a clínica infantil, consolidando no pensamento de Winnicott. Seguindo essa linha de raciocínio, no segundo momento será abordada a clínica psicanalítica de Ferenczi com os pacientes difíceis. Por último, adentraremos os aspectos teóricos e técnicos da clínica, a fim de pensar as questões desautorizantes que envolvem a relação entre analista e analisando.

### **3. 1. O caráter traumático da desautorização na relação entre adultos e crianças em Ferenczi e Winnicott**

Para pensarmos nesta seção o conceito de desautorização introduzido por Ferenczi, por meio de sua teorização sobre o trauma, utilizaremos textos ferenczianos que discorrem sobre a relação da criança com o adulto, bem como também aproximaremos suas ideias com as de outros autores e autoras que de forma direta ou indireta mergulharam no desenvolvimento teórico e técnico do Ferenczi. Desta forma, pretende-se compreender as principais repercussões da desautorização do adulto no desenvolvimento infantil.

Sendo assim, como já foi dito nos capítulos anteriores, a noção de trauma é fundamental para que possamos adentrar no campo das desautorizações, pois segundo Ferenczi (1933/2011), o tempo que caracterizaria o trauma seria quando algum adulto de confiança da criança acaba desautorizando sua vivência infantil, seu testemunho de sofrimento, desacreditando ou até mesmo negando essa vivência por meio do silenciamento.



De acordo com Kupermann (2016), podemos pensar que a traumatogênese ferencziana apresenta três tempos. A confusão de línguas entre o adulto e a criança, a qual suscitaria na violência que sucederia no primeiro momento. O segundo fator seria a busca por um adulto para que seja possível testemunhar o que houve e dar sentido à experiência desestabilizadora que a criança vivenciou. E o terceiro tempo, em que para Ferenczi o trauma constituir-se-ia enquanto tal, no qual ocorreria o fenômeno designado pela noção de desautorização. Quando não se encontra um outro que seja capaz de testemunhar as vivências de sofrimento, a pessoa sente que há uma indiferença, um silenciamento vindo do outro que poderia ampará-la.

É possível pensarmos que durante o desenvolvimento infantil um dos papéis fundamentais para o adulto cuidador da criança é o de tradução das experiências da criança, o que ajuda a criança a dar novos sentidos para suas vivências. Pois, segundo Zanella (2015), o evento traumático deixa marcas no psiquismo que não se inscrevem como algo do passado, mas sim como algo contínuo do presente. Isso se a pessoa ficar permanentemente passiva frente ao trauma, uma vez que “o traumático configura-se enquanto um corpo estranho que não cessa de excitar o psiquismo, mas que não permite uma retomada ativa por parte do sujeito, para que ele possa iniciar um processo de tradução que possibilite simbolizar e historicizar aquele acontecimento de sua vida” (Zanella, 2015, p. 41).

Visto que a criança ainda não tem recursos suficientes para simbolizar o trauma, essa necessita do auxílio de um adulto, que fará o trabalho de tradução do traumático. Uma vez que não há essa possibilidade de metabolização e elaboração, o trauma pode permanecer inscrito no inconsciente. Sobre isso, Abraham e Torok (1972) afirmam que, em termos econômicos, a impossibilidade de elaboração dos excessos de excitações provenientes da experiência traumática pode provocar uma lacuna no psiquismo, o que dificulta ainda mais o processo de simbolização. Ou seja, essa ausência de representação que deveria ser feita por um adulto, pois tem maior capacidade de compreensão e elaboração do que a criança, pode provocar no psiquismo uma espécie de cripta ao seu redor. Isso acontece porque o psiquismo tenta se defender dos excessos provenientes do traumático, devido à ausência de uma tradução representacional. Assim sendo, seria formado um escudo protetor no interior da pessoa, impedindo-a que tenha acesso à vivência traumática e, conseqüentemente, que haja a elaboração e tradução dos excessos no psiquismo.

Destarte, o trauma provocado pela desautorização por parte do adulto impede que a criança lide com sua angústia de forma saudável e estruturante, pelo contrário, precisará dar conta sozinha dos excessos provocados pelo evento traumático. De acordo com Abraham e Torok (1972), uma forma de defesa seria encriptar partes do psiquismo,

deixando guardada no inconsciente as lembranças traumáticas. Entretanto, esse mecanismo de defesa de cisão do ego é na verdade uma enganação que o eu infantil, inconscientemente, realiza para dar conta dos excessos traumáticos, pois se trata de uma forma de reparação de uma experiência que não pode ser perdida, mas que, por outro lado, deixa um vazio de sentido no psiquismo, provocando sofrimentos e sintomas.

Além do vazio psíquico, a desautorização por parte do adulto pode levar à negação por parte da vítima, a qual nega que algo lhe aconteceu. Portanto, o que torna o traumatismo patogênico seria a afirmação de que nada aconteceu, negando a experiência, bem como o sofrimento produzido pela agressão. Sobre esta afirmação de Ferenczi, o autor Kupermann (2016) afirma que neste contexto prefere traduzir a palavra *Verleugnung* por *desautorização*, com o sentido de valorizar a dimensão de desapropriação subjetiva que se encontra a pessoa em vulnerabilidade no estado de trauma. Por isso um dos efeitos do trauma seria o comprometimento das funções da percepção e a anestesia dos afetos, invalidando a capacidade de resistência contra o adoecimento.

Nesse sentido, podemos compreender o processo desautorizante ao pensarmos que esse último tempo do trauma leva a uma desautorização não somente externa, mas interna, em que a vítima, ao sofrer uma violência externa, não conseguiria dar sentido, nomear sua própria vivência angustiante. E ao não conseguir reconhecer um sentido para o que lhe aconteceu é silenciada em seu testemunho e desautorizada pelo outro. Lejarraga (2007), ao explicar a desautorização na infância, considera que sem a ajuda de um terceiro “que possa reconhecer o sofrimento e a perplexidade infantil, que possa mediar para que o ocorrido tenha algum sentido e seja metabolizado psiquicamente, a criança fica abandonada a suas próprias forças” (p. 120).

Além dos casos mais graves de violência infantil, podemos compreender também a noção de desautorização em pequenas situações do desenvolvimento da criança, em que sua relação com o adulto cuidador pode lhe causar sofrimento, ou até mesmo inibir certas funções de sua personalidade. Por exemplo, Ferenczi apresenta em seu texto *A criança mal acolhida e sua pulsão de morte*, de 1929, casos em que as crianças não se sentiram bem-vindas na família e não foram bem acolhidas pelos pais, de tal forma que apresentavam inúmeros sintomas ainda nesta idade e/ou na vida adulta. Ferenczi levanta suposições de que as crianças que foram acolhidas de forma rude e sem carinho, caso não venham a falecer, utilizam-se de somatizações, em que o próprio corpo visa desaparecer, caso isso não aconteça, percebe-se que a criança e os adultos passam a compreender a vida de maneira aversiva.

Ao trabalhar como médico-chefe em um hospital militar, durante o período de guerra, Ferenczi esteve mais próximo de casos que o levaram a ampliar suas teorizações sobre as manifestações da pulsão de morte. Porquanto, ao examinar a gênese das

tendências inconscientes de autodestruição, Ferenczi (1929/2011) reitera que em alguns casos de asma brônquica, distúrbios circulatórios e respiratórios, bem como casos de total emagrecimento, coincidem com a tendência psíquica de suicídio que os pacientes apresentavam. Dessa maneira, esses casos de autodestruição podem estar relacionados à forma de tratamento e a educação dada pelos pais. Uma educação em que a criança é maltratada ou que foi colocada de lado pode causar o adoecimento, levando a sintomas ou dando origem a uma tendência mórbida, em virtude da precocidade do trauma.

Sendo assim, é possível afirmarmos que quando a criança não se sente acolhida pelos pais, quando são desautorizadas por meio do afeto e da confiança que é negada, essa desautorização pode levar a um sentimento de desamparo, o que impossibilita um desenvolvimento infantil saudável, sem potencialidades de vida. Pois de acordo com Ferenczi (1929/2011), a criança deve ser “levada, por um dispêndio de amor, de ternura e de cuidados, a perdoar aos pais por terem-na posto no mundo sem lhe perguntar qual era sua intenção, pois, caso contrário, as pulsões de destruição logo entram em ação” (p.58).

Seguindo as teorizações de Ferenczi, Michael Balint (1993), em *A falha básica*, afirma que na fase infantil de uma pessoa pode acontecer um cuidado insuficiente, deficiente, excessivamente angustiado, severo, rígido, super protetor, inoportuno, sem compreensão ou indiferença. Tais cuidados ambientais podem produzir uma considerável discrepância entre as reais necessidades da criança em alguns momentos relevantes, ocorrendo desacordos entre as necessidades biopsicológicas, o cuidado material e psicológico e a afeição disponível dada para a criança. Essa falta de adaptação entre a criança e as pessoas à sua volta pode trazer repercussões no aparelho psíquico. Segundo Ferenczi (1928/2011), a severidade excessiva por parte dos pais pode trazer prejuízos para a criança por toda a sua vida, uma vez que essa pode internalizar a figura severa de seus pais e acabar por ter um superego demasiadamente rígido.

É possível pensarmos que a desautorização nesses casos se encontra na reação dos pais, os quais reagem inibindo o desenvolvimento infantil, seja por meio da agressividade, batendo nas crianças, seja devido ao silenciamento ou pelo excesso de cuidado, dentre outras formas. No texto intitulado *A adaptação da família à criança*, de 1928, Ferenczi nos convida também a pensarmos nas problemáticas que envolvem a relação dos pais e de seus filhos. O autor coloca que primeiramente os pais precisam compreender a si mesmos, pois só assim seria possível chegar perto de uma representação psíquica do que é ser adulto. Sendo que o primeiro erro dos pais seria esquecer de suas próprias infâncias.

A adaptação da família à chegada criança, então, inicia-se com uma preparação interna dos pais, que ao se lembrar de sua infância podem se aproximar da experiência de seus filhos e assim ajudá-los em sua educação. O problema é que essas lembranças infantis caem no esquecimento por meio do processo de recalçamento, resultando em um grande

obstáculo devido à falta de apreensão da infância (Ferenczi, 1928/2011).

Além disso, Ferenczi (1928/2011) afirma que a dificuldade dos pais em cuidarem de seus filhos se inicia desde o nascimento do bebê. Para esclarecer tal afirmação, Ferenczi cita Freud, o qual nos ensina sobre os sintomas de angústia que estão relacionados à passagem do bebê do ventre para o mundo externo, assim como as modificações fisiológicas que esse processo implica ao bebê. Nessa passagem explicativa, Ferenczi nos lembra da teoria sobre o nascimento elaborada por Otto Rank, antigo integrante do movimento psicanalítico. De acordo com Ferenczi, Rank se afasta das ideias psicanalíticas, ao tentar explicar todas as neuroses e psicoses pelo primeiro trauma, que seria o nascimento. Uma vez que, para Ferenczi, além dos fatores fisiológicos, os pais teriam a capacidade de tornar esse nascimento “tão suave quanto possível [...] o bebê é deitado no quente, protegido ao máximo das excitações ópticas e acústicas incômodas; eles fazem a criança esquecer efetivamente o que se passou, como se nada tivesse acontecido” (p. 05).

Dessa maneira, opondo-se a Otto Rank, Ferenczi (1928/2011) afirma que o transtorno do nascimento não se diferenciaria dos outros traumas do desenvolvimento, representando o mesmo valor simbólico. Sendo que outros traumatismos reais podem ter efeito bem mais devastadores, os quais se distanciam dos fatores fisiológicos, pois são de outra ordem e estão relacionados ao ingresso da criança no mundo social, onde os instintos dos pais parecem falhar demasiadamente. Como, por exemplo, seriam os casos de trauma decorrente do desmame, do treinamento de asseio pessoal, da supressão dos maus hábitos e, principalmente, a passagem da criança para a vida adulta.

O trauma do desmame, conforme Ferenczi (1928), consiste na passagem da nutrição para uma mastigação ativa, representando as mudanças fisiológicas, mas também uma importante mudança no âmbito psicológico. Por exemplo, caso o desmame for realizado erroneamente, sem o devido tato e cuidado, pode influenciar de forma negativa a relação da criança com os objetos externos, bem como sua maneira de obter prazer por meio deles.

Com relação ao asseio pessoal, Ferenczi (1928) considera que seria uma das fases mais difíceis para o desenvolvimento da criança, uma vez que está relacionada à constituição psíquica. Não sendo algo inato e hereditário, pelo contrário, o asseio pessoal está relacionado com a educação proveniente do mundo externo. Ou seja, deve ser aprendido por meio dos pais e cuidadores.

O que revela ser traumático na adaptação da família à criança estaria relacionado à passagem da primeira infância ao processo de civilização. O que pode ser mais bem compreendido ao adentrarmos nas questões do desmame e do asseio, somado à questão da sexualidade. Pois como Freud já ensinou, a sexualidade não tem início na puberdade, mas sim na infância. De forma que os maus hábitos da criança, isso é, o autoerotismo, mais especificamente, a masturbação é, muitas vezes, vislumbrada pelos adultos como algo

trágico.

Visto isso, seria necessário abordar os pais com tato, a fim de aliviar suas angústias excessivas, para então podermos lidar com a criança e não extirpando prematuramente as expressões sexuais primitivas, como se elas fossem algo do mal, mas pelo contrário, com prudência, possibilitando um rearranjo, um acordo entre os impulsos primitivos e a capacidade de sublimá-lo (Ferenczi, 1928/2011).

Nesses casos citados acima podemos pensar que a presença do adulto cuidador ao mesmo tempo que é fundamental para o desenvolvimento do psiquismo da criança, pode ser igualmente desautorizante para a criança. Esses seriam os casos em que faltariam recursos suficientes por parte dos pais ou dos cuidadores para possibilitarem um ambiente em que haja continência e viabilidade de tradução das vivências, de forma que a criança possa adentrar ao universo civilizatório de maneira acolhedora e terna.

Assim, tendo em vista os objetivos dessa seção, para prosseguir na exposição de algumas das implicações da desautorização passaremos a considerar as teorizações de um psicanalista que teria sofrido influências de Ferenczi: Winnicott. Pois seria ele um psicanalista contemporâneo, que assim como Ferenczi, abriu o caminho para pensarmos na importância do ambiente para o desenvolvimento do psiquismo.

De acordo com Figueiredo (2002), a inserção de Winnicott no trabalho da clínica emerge a partir da tradição de Ferenczi, que chegou à Inglaterra por meio da autora Melanie Klein, a qual foi uma das pacientes de Ferenczi. Desse modo, ao teorizar acerca dos aspectos clínicos, Winnicott apresenta uma certa tradição ferencziana, que foi explorada e desenvolvida, principalmente nas décadas de 1950 e 1960, até o seu falecimento.

No que tange à relação entre adultos e crianças, Winnicott, foi um grande autor que se aprofundou nas ideias ferenczianas. Em seu texto intitulado *O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família*, nos convida a pensarmos no papel da família para com o cuidado com a criança. A família teria como função possibilitar um ambiente de proteção, primeiramente, iniciado pela mãe, que já desde o início do desenvolvimento infantil teria a função de conceder ao bebê a ilusão de uma onipotência, ao mesmo tempo em que também precisa desiludir, frustrar o bebê na medida em que aguenta, para que seja possível instaurar, aos poucos, o processo de independência relativa. Porquanto, a ideia de trauma para Winnicott (1970) está relacionada aos fatores externos, isso é, ao momento de dependência que a criança tem nessa fase inicial em que ainda não há defesas suficientes organizadas para as perturbações provenientes da realidade externa.

Segundo Fulgêncio (2004), foram as observações clínicas que levaram Winnicott a compreender o trauma como uma quebra na linha da vida, dependendo do momento em que a criança se encontra no processo de crescimento, o qual está relacionado com o crescimento da dependência absoluta em direção à independência relativa, ou seja, da fase inicial para a

maturidade plena. Nesse sentido, Winnicott faz uma classificação dos diversos tipos de traumas que podem ocorrer no decorrer do processo de amadurecimento, sendo cinco tipos de trauma. O primeiro estaria relacionado à falha no ambiente materno, em que o bebê não é atendido em suas necessidades básicas, prejudicando a integração temporal e espacial do bebê, bem como a constituição de si mesmo.

Com relação ao segundo tipo de trauma, Winnicott (1965) refere-se ao momento em que o bebê se afasta de seu campo de onipotência de forma gradual para o estado de maturidade, processo este que conta com a ajuda da mãe ou do cuidador. Para que ocorra essa mudança de estado, o ambiente (objeto cuidador) necessita passar por uma adaptação quase absoluta para uma adaptação relativa quanto às necessidades do bebê, isso é, precisa haver a falha nesse processo de adaptação, caso contrário, isso será traumático para o bebê. O terceiro trauma relaciona-se à ideia de que o bebê ou a criança já estão desenvolvidos o suficiente devido aos cuidados adequados de um ambiente confiável, entretanto, nesse momento pode ocorrer o trauma devido a retirada do ambiente que era seguro e passa a não ser mais. Essa falha pode levar a criança a atacar o ambiente, na esperança que esse retorne a ser confiável e protetor, podendo ocorrer algo mais grave que é a falta de confiança e esperança.

Já o quarto trauma diz respeito ao momento em que a criança possui uma integração de si, enquanto ser unitário, já sabendo a diferença do mundo interno e do externo, ou seja, nesse momento a criança consegue se relacionar. Porém, ela pode ser traumatizada nessas relações, na medida em que possa vir a ser ferida por um outro.

Por último, o quinto sentido do trauma trata ainda da questão da continuidade do ser, pois ocorre quando há uma invasão súbita ou imprevisível de ações da realidade externa (Fulgêncio, 2004).

Essas formulações de Winnicott sobre a importância de um ambiente acolhedor e o papel da ilusão de onipotência se aproximam das ideias de Ferenczi que são discutidas no texto *O desenvolvimento do sentido de realidade e seus estágios*, de 1913. Neste artigo o autor aponta que se a criança é tratada bem, com afeto e ternura, não precisará abandonar a ilusão de onipotência, isso é, a ilusão de que há um objeto externo que vem até ela e lhe proporciona prazer. Aos poucos essa ilusão vai sendo perdida e a linguagem vai sendo adquirida. Porém, caso houver uma inibição do desenvolvimento, ou seja, uma desautorização na infância, em que o adulto não lhe garante um ambiente acolhedor e seguro, pode acontecer uma fixação nessa etapa infantil, trazendo consequências para o adulto, especificamente o obsessivo, o qual ao mesmo tempo que se apresenta lúcido acredita em superstições e outras alucinações, assim como a criança que também acredita que tem poderes por meio dos gestos mágicos que lhe proporcionam prazer, como por exemplo, o ato de amamentar, dar carinho, receber brinquedos, entre outras ações que para

o bebê lhe parecem mágicas, pois apenas com o ato de estender a mão os objetos lhe são entregues.

Além disso, conforme Figueiredo (2002), uma das conceituações elaboradas por Ferenczi e que Winnicott também amplia em suas teorizações diz respeito à noção de progressão traumática. Esta seria para Ferenczi um tipo de mecanismo de defesa bem primitivo que entra em cena após uma manifestação do trauma, onde cria-se uma precocidade dissociada, uma falsa maturidade viabilizada às custas de petrificações do processo de dissociação e clivagem. A noção de progressão traumática pode ser mais bem compreendida no texto de 1923, intitulado *O sonho do bebê sábio*, em que Ferenczi nos conta um sonho bastante recorrente no relato de seus pacientes. Esse sonho evidencia o desejo da criança em inverter a situação entre ela e a figura do adulto, no qual ela teria a maior sabedoria. Podemos pensar que essa sabedoria seria um mecanismo de defesa para que não haja uma desordem psíquica infantil, pois quando não há o cuidado dos pais, que são incapazes de se adaptar às necessidades infantis, quem se adapta aos pais é a criança, que passa a manifestar habilidades adultas.

Nesse contexto, a noção de progressão traumática pode ser entendida como “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). Assim, o sonho do bebê sábio, descrito por Ferenczi, fica evidente quando pensamos no conceito de progressão traumática. Pois o bebê sábio representa a pessoa que vivenciou o trauma e teve como consequência o desenvolvimento precoce de novas faculdades, com a finalidade de se proteger do perigo que os adultos representam: “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” (p. 119). Porquanto, a criança que sofreu uma violência sexual pode, de forma súbita, devido à pressão da urgência traumática, manifestar todas as emoções de um adulto maduro.

Nessa linha de raciocínio, a noção de progressão traumática proposta por Ferenczi se assemelha às discussões que Winnicott (1971) faz, quando discute o avanço do processo de maturação, em que a criança fica encarregada de cuidar dos seus pais, podendo assim exigir um intenso sacrifício por parte da criança, que renuncia ao brincar, sendo este fundamental para a criança, pois é a partir do brincar de forma espontânea que desenvolve seu emocional, bem como seu processo criativo.

Por esse caminho, podemos pensar que tanto para Ferenczi, quanto para Winnicott, pensar sobre a questão do trauma nos leva a pensar na relação hierárquica entre o adulto e o cuidador. Ou seja, a noção de trauma está atrelada às relações sociais de tal modo que podemos pensar na noção de desautorização proposta por Ferenczi não apenas nos casos em que o adulto desautoriza o relato da criança sobre uma vivência angustiante, mas

também nas pequenas desautorizações diárias, em que os cuidadores inibem o desenvolvimento emocional, criativo e simbólico das crianças.

Como bem coloca Winnicott (1971), ao explicar os cinco sentidos do trauma, caberia ao adulto cuidador preparar o ambiente de forma suficientemente boa, proporcionando à criança chances de experienciar uma vivência de acolhimento, compreensão e continência. Condições ambientais, como a prescrita por Winnicott, podem não apenas reduzir chances de ocorrências de clivagem do ego, mas principalmente contribuir para a elaboração da experiência de choques traumáticos inevitáveis na vida da criança, bem como dos sentimentos provocados que foram silenciados.

Segundo Figueiredo (2018), além de Winnicott, de forma mais direta e explícita, o casal Balint também teria adentrado no universo ferencziano, sendo um dos principais emancipadores das teorizações ferenczianas na escola britânica de psicanálise. Outros autores também teriam sofrido influências de Ferenczi, de maneira indireta, como é o caso de Klein, Lacan e Dolto.

### **3. 2. A relação entre analista e analisando e a desautorização nos casos de pacientes difíceis**

*Resolvi abandonar os casos mais recorrentes para tornar-me pouco a pouco um especialista em casos particularmente difíceis com os quais me ocupo lá vai um bom número de anos. (Ferenczi, 1931)*

Ao pensarmos na fundamentação teórica que Ferenczi escreveu ao longo de sua trajetória de estudos compreendemos que sua teoria nos conduz a um embasamento acerca do contexto clínico, mais especificamente, em relação aos pacientes não-neuróticos. Talvez pelo fato de Ferenczi ter tido a oportunidade de atender diversos tipos de pacientes que rompiam com o modelo de clínica tradicional e elitizado na qual Freud estava acostumado a atender seus pacientes histéricos e neuróticos. Podemos compreender que Ferenczi nos leva a pensar nos casos clínicos de narcisismo, melancolia e de paranóia, isso é, pacientes fronteiros, limítrofes, em que Freud afirmou não serem tratáveis por meio da terapia estabelecida para o tratamento das neuroses de transferência, e que puderam ser compreendidos a partir das teorizações de Ferenczi.

Segundo Figueiredo (2018), os pacientes limítrofes, que não se enquadravam nas neuroses de transferência sofreram de algum tipo de abandono e falhas no cuidado durante a infância, gerando traumas precoces. Nesse contexto, o trabalho transferencial na clínica se apresenta com uma postura diferente do tradicional viabilizados em pacientes



neuróticos. Pois os sintomas seriam diferentes nos processos psicopatológicos derivados de traumas precoces, exigindo uma postura diferenciada do analista, bem como o manejo clínico se tornaria mais amplo e flexível, como veremos no decorrer deste capítulo.

Assim, na clínica contemporânea, esses pacientes são muito comuns, sendo compreendidos como pacientes-limites, que seriam considerados pacientes difíceis, exatamente devido à dificuldade de enquadramento clínico, não estando no campo das neuroses, mas também não sendo considerados psicóticos, estando no limite, na borda das estruturas psíquicas formuladas por Freud.

De acordo com Figueiredo (2018), os pacientes-limites requerem uma psicoterapia de análise diferenciada, em que o modo de análise psicanalítica tradicional necessita de modulações, embora ainda mantenha os principais preceitos da abordagem psicanalítica. Pois uma das preocupações de Ferenczi era a de construir suas teorizações tomando como base os textos freudianos e de outros autores psicanalíticos, a fim de ampliar seus preceitos no campo da psicanálise, como fez com seu estudo teórico sobre a noção de trauma e suas implicações para o desenvolvimento do ego na infância e na vida adulta.

Ferenczi considerava um caso difícil, conforme Kahtuni e Sanches (2009), quando os recursos psicanalíticos da época não davam conta de compreender o paciente que não se enquadra nas técnicas e teorias propostas por Freud. Os pacientes então eram chamados de difíceis devido às dificuldades encontradas pelos analistas durante os atendimentos. Que acabavam sendo um desafio para Ferenczi, conduzindo-o a se esforçar para encontrar meios de atender esses pacientes que até então eram inalisáveis. Atualmente, os pacientes que na época eram considerados traumatizados e difíceis foram organizados como personalidades *borderline*.

Os casos difíceis passaram a ser conhecidos como *borderline* a partir de 1945, com Otto Fenichel, o qual assinalou a existência como um tipo de sofrimento psíquico que antes fazia parte “do vocabulário anglo-saxão próprio da corrente da Psicologia do *self* e, em certos aspectos, do movimento pós-kleiniano da década de 1960” (Kahtuni e Sanches, 2009, p. 277). Tal conceito foi ampliado com os trabalhos publicados de Kohut e de Kernberg, que nominou como ‘organizações limite’ a fim de representar uma configuração de personalidade que seja diagnosticada segundo uma diversidade de sinais e sintomas. Isto é, organizações psíquicas fronteiriças que apresentam funcionamento neurótico coexistindo com áreas cujo funcionamento também é psicótico.

Assim, de acordo com Green (2017), os casos-limite situam-se em um território onde as fronteiras não estão definidas, são vagas. Portanto, devemos considerar o limite como uma fronteira movediça, flutuante, tanto com relação à normalidade, quanto com relação à patologia. Dessa forma, apesar das variações semânticas ao longo dos anos, nesse estudo optamos em utilizar o termo *pacientes difíceis* tomando como base a terminologia

que Ferenczi utilizou em seus textos para descrever os pacientes traumatizados, que se distanciavam da neurose clássica, e que hoje são denominados como *borderline*.

Destarte, para compreendermos os pacientes considerados difíceis é necessário retomarmos a noção de trauma. Porquanto, foi a partir dos estudos com os pacientes traumatizados que Ferenczi ampliou suas teorizações psicanalíticas, abrindo o caminho para que outros psicanalistas pudessem pensar e atender a clínica de pacientes com diferentes tipos de sofrimento psíquico. Pois segundo Kathuni e Sanches (2009), a concepção de Ferenczi acerca do trauma criou a necessidade de uma grande mudança no setting analítico. Em que a clínica psicanalítica com a qual Freud tratava seus pacientes precisou ser adaptada aos pacientes que tinham diferentes tipos de organizações psíquicas, como os *borderline*, psicóticos, psicossomáticos etc.

Nesse sentido, é possível pensar que a noção de desautorização e seus desdobramentos no psiquismo está relacionada com a compreensão dos diferentes tipos de adoecimento encontrado nos casos considerados difíceis, visto que para Ferenczi (1933) o paciente que sofreu uma violência externa, ao relatar sua vivência angustiante para uma outra pessoa, e ela a desautoriza, isso é, nega ou ignora o que lhe aconteceu, acaba tendo como consequência o sofrimento de angústia. Isso faz com que a vítima não consiga simbolizar sua vivência, dar outros significados, resultando em inúmeros sintomas, tais como: sentimento de incapacidade, de autodestruição e de culpa; desorientação psíquica; medo da loucura (chegando a repensar se o que vivenciou foi realmente verdade); mania de perseguição, dentre outros sintomas que, de acordo com o Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais - DSM V (2014), seriam considerados como critérios diagnósticos típicos de pacientes *borderline* “um padrão difuso de instabilidade das relações interpessoais, da autoimagem e dos afetos e de impulsividade acentuada que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos” (p. 663).

Apesar da inscrição dos pacientes *borderline* nos DSMs, Shiozaki (2016) salienta que é necessário repensar toda a atribuição generalista da gravidade com que esses pacientes difíceis foram catalogados pelos DSMs. Visto que há uma grande variedade de pacientes *borderline* em que alguns estão desadaptados socialmente, mas que muitos conseguem relativamente se inserir e se adaptar de alguma forma. Dessa maneira, é importante considerar que tais pacientes fazem parte do meio social e cultural que caracteriza a subjetividade contemporânea, que devido à indústria farmacológica tende a medicalizar ou enquadrar em um tipo de transtorno qualquer sofrimento humano.

Destarte, o objetivo aqui não é cessar as teorizações acerca dos pacientes difíceis, mas compreender a partir de um olhar ferencziano ampliado, que compreende o adoecimento psíquico inter-relacionado com o meio cultural que vivenciamos na atualidade, bem como suas implicações para a clínica psicanalítica contemporânea.

Nesse contexto, as consequências da angústia traumática descritas no período em que se encontrava Ferenczi foram denominadas por André Green como patologias do vazio. Sendo muito frequentes nos pacientes ferenczianos, que carregavam “áreas de seus psiquismos silenciadas e agonizantes, buracos negros internos” (Figueiredo, 2018, p. 189). Tais sintomas podem ser consequências do que Ferenczi (1933) descreveu acerca da desautorização, em que haveria algumas possibilidades de o traumatismo reverberar pelo psiquismo. Uma delas seria por meio da cisão do eu, no qual as memórias infantis traumatizantes são cristalizadas e dissociadas no aparelho psíquico.

Podemos pensar assim que as cisões e progressões do trauma no psiquismo são resultados de desautorizações. Ou seja, é devido a relação com o objeto externo que os pacientes difíceis são levados a desestruturação do eu, ao vazio depressivo e à ausência de imagens constitutivas de si mesmo. Para Pinheiro (1995), no trauma ferencziano a clivagem egóica mantém o objeto desautorizante (a pessoa que desacredita, silencia) internalizada no próprio eu, mantendo-a aprisionada pela vivência traumática, provocando defesas que visam apagar sua história. Assim, o trauma é afastado das trocas psíquicas do próprio eu, a pessoa que sofre a desautorização apaga uma parte de si mesma, sendo assassina e vítima ao mesmo tempo.

Nesse contexto, pensar nos processos psíquicos que ocorrem na desautorização e que levam aos sintomas dos pacientes difíceis podem nos conduzir a refletir que há uma auto desautorização, na medida em que o próprio eu se sabota, pois para ressignificar as vivências traumáticas infantis é necessário a ajuda de um outro e quando esse apoio é falho “o trauma age unicamente as custas do ego” (Pinheiro, p. 82, 1995), que sem recursos submerge em seu próprio sofrimento. Esse agravamento da defesa se relaciona com o aumento na quantidade de cisões, como escreve Dal Molin (2016), de modo que quanto maior o choque psíquico, maior as divisões que o eu precisa fazer para se defender das lembranças traumáticas.

Com a fragmentação do eu, apesar de a pessoa não ter acesso às partes faltantes para integrá-las, estas ainda residem no psiquismo trazendo um vazio, uma angústia desprovida de sentido. Segundo Ferenczi (1930), com o choque a psique apressa-se em reunir os diversos fragmentos em uma única unidade para retomar o controle do psiquismo, mas a consciência acaba não tendo o menor conhecimento acerca dos conteúdos e eventos que sobrevieram após o traumatismo. O que nos conduz a pensar nos pacientes difíceis, pois, conforme Figueiredo e Coelho Junior (2018), os adoecimentos devido a traumatismos conduziram os pacientes a uma extinção do aparelho de pensar, gerando as patologias do vazio.

Quando a vivência dolorosa é desautorizada pelo outro, seja um adulto cuidador, os pais, ou outra pessoa de confiança, Ferenczi (1933) escreve que ocorre a solidão

traumática, isto é, o ser que fica só precisa ajudar a si mesmo, para isso fissa o próprio psiquismo, clivando-o. Assim, a desautorização e a não-integração egóica das vivências e emoções traumáticas podem provocar um vazio depressivo, típico da patologia esquizóide. Segundo Shiozaki (2016), o paciente *borderline* estaria entre uma problemática esquizóide e outra narcísica por apresentar dificuldades em construir e sustentar uma imagem integrada e estável de si mesmo, bem como dos objetos externos, além de apresentar problemas em constituir as fronteiras externas e internas do eu devido a impedimentos provenientes de objetos externos, por exemplo, pela figura materna ou outra figura que pode de forma ativa impedir o processo de constituição do psiquismo.

Outra maneira de preencher o vazio depressivo da patologia esquizóide seria por meio do uso de psicotrópicos. Sendo esse tipo de recurso muito frequente entre os pacientes *borderlines*: “o uso de drogas, anestésicos e excitantes, que não precisam, necessariamente ser químicos (pois, alguns se excitam ou relaxam com ideias, ações e fantasias) (Shiozaki, 2016, p. 156)”.

Mais uma saída encontrada pelos pacientes difíceis para se defender da angústia proveniente do trauma seria por meio da progressão traumática. Segundo Figueiredo (2018), a parte do psiquismo que se desenvolve de maneira autossuficiente e onipotente responde também ao traumatismo pela via do sofrimento esquizóide. Como podemos conferir em um dos casos clínicos que Ferenczi apresentou em seu *Diário clínico* (1932):

[...] *completamente desprovida de emoção*, no sentido de uma performance de pura adaptação, através da identificação com os objetos de terror. A paciente torna-se terrivelmente inteligente. [...] O trauma reduziu-a a um estado emocionalmente embrionário, mas, ao mesmo tempo, ela tinha adquirido uma sabedoria intelectual como a de um filósofo compreensivo, inteiramente objetivo e sem emoção. O que é novo em todo esse processo é que *ao lado da fuga diante da realidade no sentido regressivo, há também uma fuga no sentido progressivo*, um desenvolvimento súbito de inteligência. (p. 250-251, grifos nosso).

O caso acima exemplifica o fenômeno da progressão traumática, assim como no caso do sonho do bebê sábio discutido anteriormente nesse capítulo. Porém, nos casos de pacientes adultos e considerados difíceis, a progressão traumática acontece juntamente com o sentimento de apatia, sendo que as poucas emoções sentidas são intelectualizadas. Assim, o paciente difícil ao tentar superar seu sofrimento em que foi desautorizado, por um lado desenvolve uma sabedoria muito avançada, no entanto por outro lado não consegue vivenciar suas emoções.

É possível pensarmos que tamanha sabedoria advém da necessidade em superar a angústia decorrente do trauma. Para Pinheiro (1995) esse recurso seria uma forma de proteção e de cuidado para que não venha sofrer uma outra vivência traumática, devendo então ser racional e mantenedora de um equilíbrio psíquico para que a pessoa, longe das

emoções, retorne às suas atividades cotidianas.

Além disso, Pinheiro (1995) salienta que o trabalho clínico com os pacientes difíceis, traumatizados, levaram à teorização de que somente o corpo guardou a lembrança do trauma. A voz se calou quando foi desautorizada, aparecendo por meio de expressões do corpo que fala, somatiza, sendo o portador de uma voz silenciada. “As lacunas da memória do paciente traumatizado vibram em algum lugar do corpo sem encontrar, contudo, uma tradução possível em sua fala” (p. 99).

Essa passagem da autora e de outros autores citados acima nos permitem pensar que o trauma propriamente dito, segundo os avanços feitos nesse campo por Ferenczi, reverbera por inúmeros mecanismos de defesa no aparelho psíquico. Sendo que a ausência de uma escuta verdadeira e apropriada pode conduzir a um reforço da desautorização, levando os pacientes difíceis ao silenciamento ou ao ‘apagamento’ de sua vivência angustiante. Ou seja, o trauma não sendo traduzido se expressa por meio das patologias do vazio, somatizações, apatia, abusos de substâncias psicotrópicas, dentre outros sintomas.

### **3. 3. Da desautorização à autorização: uma herança ferencziana para a clínica contemporânea**

*Ferenczi buscava compreender sempre mais e melhor, nunca parou de insistir que não são os doentes que devem ser selecionados em função de sua analisabilidade com a técnica analítica existente, mas que é esta técnica analítica que deve ser modificada, adaptada, desenvolvida em função da necessidade dos doentes. (Dupont, 1982)*

De acordo com Ferenczi (1931), a relação terapêutica com os pacientes difíceis que foram no passado traumatizados requer que o analista se desprenda de uma postura neutra e silenciosa para uma presença mais sensível, com uma fala potencializadora, que possa desencadear conteúdos sobre a experiência angustiante. De tal forma que o paciente consiga trazer conteúdos não apenas emocionais e sensoriais, mas também informações a respeito da causa exógena dessa comoção psíquica ou defesa. Assim, ao falar sobre seus sentimentos, ódio ou agressões, na medida em que o analista ajuda no ressurgimento dos fragmentos de imagens torna-se possível integrar as imagens em uma cena traumática na qual o paciente acaba desvelando as consequências do traumatismo sexual sofrido na infância.

Ferenczi (1931) nos conta que a análise psicanalítica pode remontar aos estágios

anteriores do processo de recalçamento, podendo haver uma imersão no passado traumático. Sendo o analista a ponte para que esse mergulho no inconsciente aconteça, ao invés de reproduzir uma repetição de conteúdos ausente de sentidos, conduz o paciente com grande delicadeza e flexibilidade a aprofundar em suas emoções. Isso tenderia a possibilitar a consciência o acesso de inúmeros eventos penosos da infância, até então inconscientes, que podem ser a partir daí reconstruídos.

Dessa maneira, a tessitura da cena traumática depende de grande tempo e paciência do analista, pois não se deve depositar demasiada esperança quando há indícios de uma provável melhora, pelo contrário, apesar de haver alguma melhora no processo de integrar os fragmentos da cena traumática, requer do analista uma postura de presença que testemunhe a vivência traumatizante. Desse modo, evita cair em um tratamento analítico que acabe sendo uma outra experiência de desautorização, em que se reproduz outras relações traumatizantes vivenciadas pelo paciente.

Nesse sentido, é necessário que a cena traumática e suas angústias sejam reconhecidas, isso é, autorizadas por meio da escuta e da fala do analista, conduzindo o paciente a “escalar um muro até então intransponível, o que desperta nele o sentimento de uma força interior aumentada, com a ajuda da qual ele logrou dominar certas potências obscuras de que fora até agora vítima” (Ferenczi, 1931, p. 286).

Desse modo, a condução clínica com os pacientes difíceis deve ser cuidadosa diferenciando-se do método de interpretação utilizado com os pacientes neuróticos. Isso porque uma das principais técnicas utilizadas na psicanálise clássica é a da interpretação, mas que nos casos dos pacientes não-neuróticos acaba irritando o paciente, pois eleva o analista a uma figura de superioridade, de médico autoritário, como descreve Ferenczi (1928):

Nada de 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. (p. 36)

A posição analítica, para que não seja mais uma experiência desautorizante, deslegitimando o sofrimento do paciente, exige do analista um controle do seu próprio narcisismo, bem como uma percepção de suas diversas reações afetivas. Visto que, as reações de antipatia e de fachada são desmascaradas pelos pacientes, que percebem a falta de sinceridade do analista em suas expressões, “ser parcimonioso nas interpretações, em geral, nada dizer de supérfluo, é uma das regras mais importantes da análise; o fanatismo da interpretação faz parte das doenças de infância do analista” (Ferenczi, 1928, p. 33). Além de que a energia tornada livre pelo efeito das interpretações, segundo Kupermann

(2017), podem promover atuações inoportunas, canalizando para o corpo e provocando doenças somáticas. Esses cuidados seriam necessários porque a transferência para Ferenczi seria a única aliada do psicanalista, que faz a mediação transformando o analista em um catalisador de afetos.

Destarte, o cuidado que o analista deve ter com o uso de interpretações demasiadas no *setting* analítico está intrinsecamente relacionado com o atendimento de pacientes difíceis, que já chegam na clínica com um histórico traumático, onde as pessoas de confiança que deveriam ter escutado e autorizado suas vivências de angústia acabam não o fazendo. Cabe então ao analista cumprir uma função sensível, assemelhando-se a uma tira elástica que, de acordo com Ferenczi (1928), cede às tendências do paciente, mas não abandona totalmente a direção de suas próprias interpretações. Sendo a única pretensão que deve ser alimentada pela análise é a do estabelecimento da confiança e da sinceridade do analista.

Seguindo essa linha de pensamento, Figueiredo (2018) salienta que para ser possível trabalhar com os pacientes *borderline* é necessário também rever algumas variáveis que dizem respeito à manutenção do *setting* terapêutico, em que alguns arranjos importantes devem ser pensados para continuar com os atendimentos clínicos, como a quantidade de sessões semanais, o uso do divã e a duração do processo. Isso Ferenczi (1928) já observa com seus analisandos ao afirmar que a técnica na clínica deve ser elástica, onde o analista não impõe nada, pelo contrário, se adapta conforme as necessidades de cada paciente.

Nesse sentido, o fenômeno da desautorização na relação analítica acontece quando o analista, por meio de interpretações, ou utiliza de sua imagem de autoridade para impor conteúdos que silenciam, ou desqualificam a real vivência de angústia. Tal diferença de lugar na linguagem entre analista e analisando representa uma hierarquização na relação analítica.

Para Gondar (2018) a verticalização na clínica psicanalítica foi comumente requisitada por muitos psicanalistas, inclusive por Freud, para o tratamento com pacientes neuróticos. Freud acreditava que o “laço vertical com o líder seria o eixo a partir do qual se organizam os laços horizontais entre os membros de um grupo ou de uma instituição” (Gondar, 2018, p. 204). Neste caso seria estabelecido um modelo hierárquico em que um chefe, uma ideia ou um ideal seriam os representantes do pai, se mantendo como principais referenciais para as relações sociais.

Ferenczi revelou ser contrário de Freud e do que a maioria dos psicanalistas da época pensaram, pois para ele a análise com os pacientes adultos aconteceria se pudéssemos analisar a criança que existe no adulto, só sendo possível por meio da criança que existe no analista: “A impressão que se tem é a de duas crianças igualmente assustadas que trocam suas experiências, que em consequência de um mesmo destino se compreendem e

buscam instintivamente tranquilizar-se” (Ferenczi, 1932, p. 91).

Tal fala, de acordo com Gondar (2018), representaria claramente a proposta construída por Ferenczi, em que o analista ao abrir mão da posição verticalizada de suposto saber se situa na mesma linha que a criança internalizada em seu paciente. Visto que o laço horizontal na relação analítica permite que seja construído um vínculo de confiança, em que o analista não se coloca no lugar do pai, da mãe ou de um outro objeto de desejo, mas como um parceiro que assim como o paciente também é criança e vulnerável.

Segundo Figueiredo (2018), na clínica ferencziana o analista é destituído do poder que lhe é conferido, como por exemplo, pela transferência com o paciente neurótico. Em casos de pacientes difíceis a transferência já não tem o mesmo sentido estreito como na clínica tradicional. Nos atendimentos *borderline* “há sempre tempestades à vista, alternando-se com momentos de mortífera calma” (p. 118).

No campo analítico com os pacientes difíceis, Figueiredo (2018) também escreve que o analista tem suas reservas atacadas, sendo mobilizado pelo excesso de demandas e implicações do paciente, que despreza os formalismos. Por meio da transferência e da contratransferência o analista sabe que está com um paciente difícil quando se sente desconcertante, com uma leve ameaça e perplexo, solicitando uma postura do analista de sustentação (*holding*), isto é, que sua presença seja reserva e implicada, reservando ao *setting* um espaço potencial, onde o paciente possa vir a ser.

Seria na relação analítica horizontalizada, na postura aberta e elástica do analista que conduziria a análise, que Ferenczi (1928) salienta a necessidade do analista de sentir com o paciente, não no sentido de identificar-se com o outro, mas de acompanhar as variações emocionais e se sensibilizar por elas, pois o trabalho com pacientes que vivenciaram situações traumáticas nos mostra que “o mais importante de uma análise não é a possibilidade de dizer coisas que nunca foram ditas a ninguém. [...] O fundamental, não é o que é narrado, e, sim, a experiência de intimidade” (Gondar, 2018, p. 197).

Longe de uma desautorização, a autorização potencializada na relação analítica estaria para além do dizível. A experiência da análise não seria apenas um espaço para desvelar segredo ou narrar vivências traumáticas, mas um encontro em potencial de construção de intimidade entre analista e analisando, não havendo intimidade equivalente em nenhum outro lugar. Para que a intimidade seja construída, Gondar (2018) acrescenta aspectos do manejo que vão além da escuta do testemunho, em razão de envolver um encontro, um espaço que dê um suporte para que a intimidade possa ser desenvolvida aos poucos.

Tamanho cuidado e capacidade de oferecer um suporte para o compartilhamento afetivo do encontro analítico, segundo Kupermann (2017), acaba provocando a contrapartida clínica, sendo possível construir no encontro com o paciente uma empatia, a



antítese da indiferença desautorizadora do sofrimento do analisando. Esse estilo clínico baseado na hospitalidade e na capacidade empática exige do analista um grande trabalho e uma disponibilidade sensível para que seja possível sentir o outro, sem sê-lo. Como Ferenczi coloca sobre a noção de sentir com: “colocar-nos no diapásão do doente, sentir com ele todos os seus caprichos, todos os seus humores, mas também nos atemos com firmeza, até o fim, a nossa posição ditada pela experiência analítica” (Ferenczi, 1928, p. 36).

O analista frente ao trauma, conforme Reis (2018), é convocado a ser crédulo, a sentir com o paciente para que haja a repetição do trauma na experiência analítica. Esse tipo de postura analítica seria necessária, uma vez que a memória traumática, seja qual for ela (sonhos, sintomas, gestos, angústias inomináveis), para se tornar acessível à consciência precisa vir a se repetir na análise. Como Ferenczi (1932) coloca sobre o papel da análise, ela deve propiciar ao paciente um meio favorável à reconstrução do eu, das partes que sofrem clivagem, pondo fim ao estado de mimetismo.

Ao fazer parte da cena traumática, para Reis (2018) o analista acaba se posicionando enquanto objeto, algumas vezes, sendo colocado em uma posição de mais implicação na análise do que o próprio paciente, funcionando como um outro eu. De tal modo que o analista se empresta para o paciente, não apenas como ouvido, mas como um continente interno, experimentando em si mesmo diversas sensações que o fazem se aproximar do sofrimento do paciente.

Segundo Coelho Junior (2018), Ferenczi critica a insensibilidade do analista frente às condições reais de seus pacientes e explicita em sua teoria o reconhecimento do outro em termos éticos. Valorizando os aspectos intersubjetivos e empáticos presentes em uma análise, afirmando que na experiência analítica o que é priorizado não são as conquistas intelectuais, mas sim o (re)conhecimento que é atribuído entre a realidade e a parte afetiva colocada pelo paciente.

Nesse sentido, pensar na possibilidade de reconstrução das vivências traumáticas no contexto analítico seria de acordo com Nemirovski (2009), pensar na capacidade empática. Essa capacidade não consiste, porém em apenas um método de observação e uma forma de coletar dados, mas uma experiência que é oferecida ao analisando, que tem a oportunidade de ter uma relação diferenciada com os objetos empáticos, que talvez nunca tenha tido antes, criando no percurso analítico, por meio da transferência, a edição de vivências. Dessa maneira a capacidade empática do analista pode ser considerada:

uma ferramenta apropriada para permitir a personalização (alcançar a integração, a coesão e a autoconsolidação) naqueles pacientes que sofreram desordens que originam das falhas empáticas de seus objetos adiantados. Assim, em casos complexos, devemos priorizar esse recurso do terapeuta [...] Obviamente não é uma questão de exigir que um

analista desses pacientes em particular permaneça estático, mas que compreenda o processo pelo qual os pacientes sérios não necessitam interromper a continuidade vivida como uma presença do vínculo terapêutico uma vez alcançado um certo ritmo – constância – em sua relação profissional. (Nemirovski, 2009, p. 137, tradução nossa).

Assim, a capacidade empática se aproxima do que Ferenczi (1923) considerou sobre o tato e a empatia como um recurso que prevê não o fim do sofrimento nos pacientes, mas a capacidade de eles suportarem sofrer. Pois para que o paciente entre em contato com suas falhas precoces da cena traumática é necessário um manejo sensível do analista. Caso haja uma postura diferente, em que o analista se distancia sendo neutro em relação ao discurso e a dor do paciente traumatizado, pode ocorrer uma situação de desautorização, que segundo Kahtuni e Sanches (2009), poderia traumatizar o paciente novamente.

As autoras escrevem sobre o retraumatismo na teoria ferencziana para explicar um contexto de análise em que o analista não acredita na veracidade dos fatos concretos da realidade, desautorizando o paciente, negando as percepções genuínas, considerando-as apenas projeções. O que leva o paciente à retraumatização, onde a esperança de encontrar na análise um lugar onde a esperança de que seu sofrimento será acolhido é decepada mais uma vez, “agora com o agravante de que o próprio analista, profissional e eticamente responsável pela promoção de sua saúde mental, torna-se ele mesmo, um objeto retraumatogênico que desmente o paciente, deixando-o sofrer em solidão.” (Kahtuni e Sanches, 2009, p. 341).

À vista disso, umas das heranças teóricas deixadas por Ferenczi para a clínica psicanalítica contemporânea seria, justamente, no sentido real da relação analítica construída, onde o analista pode e deve se sentir autorizado a ser verdadeiro, a admitir suas falhas e críticas, para que o paciente se sinta acolhido e confiante. Tal confiança, para Ferenczi (1933), é o que estabelecerá o contraste entre o presente e um passado traumatogênico e insuportável. Tal contraste é essencial para que o passado seja reavivado, não como lembrança alucinatória, mas como lembrança real e objetiva.

A dupla tarefa da análise, para Ferenczi (1932), seria reviver a lembrança comprimida no corpo do paciente, sendo necessário que a lembrança traumática seja reconhecida como algo do passado para assim ser reconstruída. Sendo igualmente possível reviver alguma coisa com objetificação, à *posteriori*, pela primeira vez em análise. Segundo Pinheiro (1995), as lacunas das lembranças do paciente traumatizado se encontram em algum lugar no corpo, que só pode encontrar uma tradução possível por meio da fala. Fala essa que é testemunhada pela figura do analista, a qual é arrancada pelo corpo, que cumpre seu papel de porta-voz das palavras encobertas. Conduzindo o analista como testemunha de uma mensagem que chega cifrada na análise, necessitando ser nomeada, traduzida.

Testemunhar, da parte do analista, de acordo com Gondar (2018), não significa apenas acolher ou conter as vivências traumáticas. Mas implica, principalmente, em reconhecer que se caracteriza como a necessidade vital de toda pessoa, de ser vista, ouvida, aprovada e respeitada. Visto que para Ferenczi (1931) é justamente a falta de reconhecimento que leva à situação na qual a pessoa é desautorizada, reconhecer é o avesso do trauma, é dar crédito, validar as percepções daquele que sofreu a violência.

Nesse contexto, segundo Gondar (2018), o pensamento de Ferenczi nos conduz a pensar em uma nova possibilidade de vínculo que, ao contrário de garantir-se em torno de uma autoridade, tendo a ilusão de garantias é sustentado em uma mesma linha, na horizontalidade. Com isso, ao invés de resgatar a neutralidade e o papel da função simbólica do pai, caberia a nós aceitar o convite de Ferenczi e investigar novas modalidades positivas de laços sociais, que conduzem a autorização de todas as vivências possíveis.

## Considerações finais

*É pela experiência do excesso ou pela vivência do nada que escrevemos. Quando nos encontramos no deserto, ou quando queimamos no inferno, quando já não podemos pensar, quando já não podemos dizer. (Rubia Delorenzo, 2007)*

Ao aprofundar em um aspecto específico da noção de trauma ferencziana, a desautorização, foi possível compreender ao longo desse percurso de estudo não apenas a noção de desautorização, mas outros conceitos e hipóteses que estão conectados, não sendo possível desassociá-los. Pelo contrário, ao adentrarmos em outros conceitos estudados por Ferenczi que estão relacionados com a desautorização, tais conceitos tornaram possível uma ampliação e uma melhor compreensão do fenômeno estudado.

Nesse sentido, para entender melhor a desautorização em Ferenczi foi necessário revisitar Freud e algumas de suas teorizações acerca da compreensão do trauma. Tal contextualização possibilitou melhor situar os textos ferenczianos que abordam o trauma e suas consequências para o aparelho psíquico. Após compreendermos a dinâmica psíquica envolvida na traumatogênese de Ferenczi foi possível igualmente compreender melhor o que define o trauma patológico: a desautorização.

Desvelando os diferentes contextos intersubjetivos em que há uma relação desautorizante chegamos nas relações hierárquicas em que, de alguma forma, há uma relação de poder como no caso entre o adulto e a criança; o professor e o aluno; e, o analista e analisando. Dessa forma, como observa Dupont (1990), Ferenczi tratou dessas questões concretamente “nas crianças traumatizadas pela hipocrisia dos adultos, nos doentes mentais traumatizados pela hipocrisia social, nos pacientes traumatizados pela hipocrisia do analista” (p. 19).

Dessa maneira, é possível pensar que nas relações em que há uma hierarquia estão mais propensas a desautorizar as vivências e discursos da pessoa em sofrimento, trazendo ainda mais angústias de tal modo que tanto a lembrança de violência, como a desautorização, o silenciamento e a negação do testemunho ficam suspensos no aparelho psíquico, não sendo possível elaborações e traduções da angústia sem sentido.

Essas reflexões levam-nos a pensar que os tipos de pacientes difíceis atendidos por Ferenczi podem ter se tornado muito frequentes na clínica atual. Pois segundo Figueiredo (2018), a incidência desses pacientes está relacionada à cultura do traumático, devido a precariedade dos modos como a sociedade, as instituições e a família tem oferecido às pessoas vínculos incapazes de acolhimento e continência. Em contrapartida há uma proliferação de objetos não-primordiais, que são excitantes e calmantes, não apenas o uso de drogas, mas pessoas que oferecem o testemunho pela via da ausência. Tratando-se de um lugar onde reina estímulos em detrimento de verdadeiras ligações, mediações e sentido.

Segundo Gondar (2018), na contemporaneidade a pessoa vai se constituindo como sujeito de maneira isolada, sendo o único responsável por suas ações, não tendo como se nutrir de outros discursos, uma vez que para recebê-los é preciso uma narrativa de si e uma abertura à experiência compartilhada. Mas como encontrar “esse outro mediador quando os indivíduos se constroem através das muralhas que opõem ao contágio afetivo pelo outro?” (Gil, 1999, p. 37).

Nesse contexto, foi possível concluir também que a noção de desautorização, de trauma, na obra de Ferenczi, foi fundamental para a psicanálise construir teorizações acerca dos pacientes que rompem com o modelo de neurose clássica. Ferenczi teria sido o precursor e idealizador de uma produção teórica que valoriza os aspectos reais e intersubjetivos, abrindo espaço para uma construção conceitual, teórica e técnica para a clínica, que compreende as fantasias, as interpretações, mas que também leva em consideração, principalmente, o discurso e o sofrimento real do paciente, a forma como é colocado no *setting* e o ambiente e a postura que o analista recebe o testemunho clínico.

Destarte, conforme considera Pinheiro (1995), foi devido a singularidade de Ferenczi, a forma como se distinguiu dos psicanalistas do seu tempo, que teria lhe possibilitado levantar questões pertinentes e espinhosas para a psicanálise clássica. Ao interessar-se por aquilo que Freud havia deixado de lado, pôde trazer à tona o material inscrito em fragmentos isolados do eu primitivo, lembrando a todos as origens da psicanálise: a importância do material exógeno na etiologia das patologias. Mas Ferenczi não teria deixado de lado questões referentes ao “narcisismo, ao lugar do analista, aos processos identificatórios, à metapsicologia do psicanalista durante a sessão, ao desmentido do trauma” (Pinheiro, 1995, p. 121).

Além disso, podemos pensar que a noção de desautorização teorizada por Ferenczi amplia suas discussões não somente para o contexto da psicanálise clínica, mas serve como base para um olhar psicanalítico social e político. Pois na medida em que Ferenczi percebe sua figura de autoridade na clínica, que estava reproduzindo uma lógica hierárquica, sendo

autoritário, modifica sua teoria.

Segundo Gondar (2018), Ferenczi foi um militante que se dedicava às lutas para a libertação da Hungria; contudo seu interesse foi sendo deslocado para a esfera micropolítica. Cada vez menos para as políticas do Estado e cada vez mais para as denúncias da família, de modo que, “Ferenczi produziu conceitos e inovações clínicas cujas implicações são simultaneamente políticas” (Gondar, 2018, p. 210).

Nesse sentido, Ferenczi construiu um modelo a partir de histórias familiares que envolvia crianças vítimas de abuso sexual, privilegiando o estudo das relações. Relações de poder, desvalorização, dependência e desrespeito. Para Gondar (2018), a noção de desautorização é micropolítica, pois diz respeito ao quanto consideramos uma pessoa vítima de uma injustiça, ao quanto se responsabiliza ou acolhe uma pessoa traumatizada, o quanto se reconhece sua necessidade de reparação.

Esperamos que essa pesquisa possa oferecer elementos que sirvam de apoio e criação para a construção de novos estudos futuros. Tendo em vista que esse estudo teve como processo de escrita uma leitura e escrita flutuante, de transmissão não linear e ordenada, na tentativa de compreender um tema que foi por muito tempo negado pela própria psicanálise. De modo que, por meio da escrita psicanalítica, foi possível dar forma a alguns conteúdos sobre o trauma, a desautorização e algumas de suas implicações em diferentes contextos, levando em consideração os fatores reais, subjetivos e intersubjetivos.

Segundo Delorenzo (2007) o processo de análise os escritos surgem das relações transferenciais como forma de testemunho e desejo de partilha na busca de encontrar algumas possibilidades de metaforizar o não-verbal, dando sentido aos conteúdos submersos, criando a possibilidade de tradução e reconstrução da própria teorização que se encontra aberta, em constante construção.

## REFERÊNCIAS

- Abraham, N.; Torok, M. (1972) *Luto ou melancolia*. In: A casca e o núcleo. São Paulo: Escuta.
- Balint, M. (1993) *A falha básica: aspectos terapêuticos da regressão*. Editora: Artmed.
- Balint, M. (2011) *Prefácio do dr. Michael Balint*. Prefácio. In: Obras completas. Psicanálise II. (A. Cabral, Trad.) São Paulo: Martins Fontes, 2011.
- Barande, I. (1972) *Sándor Ferenczi*. Paris: Payot.
- Bion, W. R. (1996) *Uma memória do futuro: um passado apresentado*. Editora: Imago.
- Birman, J. (1996) *Freud e Férenczi: confronto, continuidades e empasses*. In: *Ferenczi: história, teoria, técnica*. São Paulo, Editora 34.
- Deleuze, G. (1975) *Nietzsche e a filosofia*. Rio de Janeiro: Editora Rio.
- Demo, P. (1994). *Pesquisa e construção do conhecimento: metodologia científica no caminho de Habermas*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Demo, P. (2000) *Metodologia do conhecimento científico*. São Paulo: Atlas.
- Dupont, Judith (1988). *La "locura" de Ferenczi (Ce fou de Ferenczi)*. Indepsi. Disponível em: <<http://www.alsf-chile.org/Indepsi/Articulos/Revisiones/LaLocura-de-Ferenczi.pdf>>; Acesso em 20 Julho de 2018.
- Casadore, M. M. (2011) *Sándor Ferenczi e a psicanálise: pela errância das experimentações*. Dissertação: Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Estadual Paulista de Assis.
- Casadore, M. M. (2016) *A escola húngara de psicanálise e sua influência no movimento psicanalítico*. Eduel: Londrina.
- Ferenczi, S. (1913) *O desenvolvimento do sentido de realidade e seus estágios*. In: Obras completas. Psicanálise II. (A. Cabral, Trad.) São Paulo: Martins Fontes, 2011.
- \_\_\_\_\_. (1921) *Prolongamento da "técnica ativa" em psicanálise*. In: Obras completas. Psicanálise II. (A. Cabral, Trad.) São Paulo: Martins Fontes, 2011.
- \_\_\_\_\_. (1923) *O sonho do bebê sábio*. In: Obras completas. Psicanálise II. (A. Cabral, Trad.) São Paulo: Martins Fontes, 2011.
- \_\_\_\_\_. (1926/1993) *Contra-indicações da técnica ativa*. In: Sándor Ferenczi. Obras completas. Psicanálise III. São Paulo: Martins Fontes, 2011.
- \_\_\_\_\_. (1928) *A adaptação da família à criança*. In: Obras completas. Psicanálise II. (A. Cabral, Trad.) São Paulo: Martins Fontes, 2011.
- \_\_\_\_\_. (1928) *A criança mal acolhida e sal pulsão de morte*. In: Obras completas. Psicanálise II. (A. Cabral, Trad.) São Paulo: Martins Fontes, 2011.

\_\_\_\_\_. (1928) *Elasticidade da técnica psicanalítica*. In: Obras completas. Psicanálise IV. (A. Cabral, Trad.) São Paulo: Martins Fontes, 2011.

\_\_\_\_\_. (1930) *Princípio de relaxamento e neocatarse*. In: Obras completas. Psicanálise II. (A. Cabral, Trad.) São Paulo: Martins Fontes, 2011.

\_\_\_\_\_. (1930) Notas e fragmentos: *traumatismo e aspiração à cura*. In: Obras completas. Psicanálise II. (A. Cabral, Trad.) São Paulo: Martins Fontes, 2011.

\_\_\_\_\_. (1931). Notas e fragmentos: *O trauma na técnica de relaxamento*. In: Obras Completas. Psicanálise IV. (A. Cabral, Trad.) São Paulo: Martins Fontes, 2011.

\_\_\_\_\_. (1931). Notas e fragmentos: *da revisão de A interpretação dos sonhos*. In: Obras Completas. Psicanálise IV. (A. Cabral, Trad.) São Paulo: Martins Fontes, 2011.

\_\_\_\_\_. (1931). *Análises de crianças com adultos*. In: Obras Completas. Psicanálise IV. (A. Cabral, Trad.) São Paulo: Martins Fontes, 2011.

\_\_\_\_\_. (1932). *Da psicologia da comoção psíquica*. In: Obras Completas. Psicanálise IV. (A. Cabral, Trad.) São Paulo: Martins Fontes, 2011.

\_\_\_\_\_. (1933). *Confusão de língua entre os adultos e a criança*. Psicanálise IV. (A. Cabral, Trad.) São Paulo: Martins Fontes, 2011.

\_\_\_\_\_. (1934). *Reflexões sobre o trauma*. In: Psicanálise IV. (A. Cabral, Trad.) São Paulo: Martins Fontes, p. 109-117, 1992.

Figueiredo, L. C. (2002). A tradição ferencziana de Donald Winnicot. Apontamentos sobre regressão e regressão terapêutica. *Revista Brasileira de Psicanálise*, v. 36, n. 4, p. 909-927.

Figueiredo, L. C.; Coelho Junior, N. E. (2018). Adoecimentos psíquicos e estratégias de cura: matrizes e modelos em psicanálise. São Paulo: Blucher.

Freud, S. (1888) *Histeria*. In: Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago (Obra originalmente publicada em 1888).

\_\_\_\_\_. (1996) (1995). *Projeto para uma psicologia científica*. (O. F. Gabbi Junior, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Obra originalmente publicada em 1895).

\_\_\_\_\_. (1996) *Carta 52*. In: Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago (Obra originalmente publicada em 1896).

\_\_\_\_\_. (1996) *Estudos sobre a Histeria*. In: Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago (Obra originalmente publicada em 1895).

\_\_\_\_\_. (1996) *Fantasia histéricas e sua relação com a bissexualidade*. In: Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago (Obra originalmente publicada em 1895).

\_\_\_\_\_. (1996) *Psicopatologia*. In: Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago (Obra originalmente publicada em 1895).

\_\_\_\_\_. (1996) *A etiologia da histeria*. In: Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago (Obra originalmente publicada em 1896).



\_\_\_\_\_. (1996) *Carta 69*. In: Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud Rio de Janeiro: Imago (Obra originalmente publicada em 1897).

\_\_\_\_\_. (1996) *A interpretação dos sonhos*. In: Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. (Obra originalmente publicada em 1900).

\_\_\_\_\_. (1996) *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. In: Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. (Obra originalmente publicada em 1905).

\_\_\_\_\_. (1996) *Introdução à Psicanálise das Neuroses de Guerra*. In: Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. (Obra originalmente publicada em 1919).

\_\_\_\_\_. (1996) *Além do princípio do prazer*. In: Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. (Obra originalmente publicada em 1920).

\_\_\_\_\_. (1996) *Inibição, sintoma e angústia*. In: Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. (Obra originalmente publicada em 1926).

\_\_\_\_\_. (1996). *Análise terminável e interminável*. In: Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. (Obra originalmente publicada em 1937).

Fulgêncio, L. (2004) A noção de trauma em Freud e Winnicott. *Natureza Humana*. v. 6, n.2, p. 255-270.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

Gondard, J. (2012) Ferenczi como pensador político. *Cadernos de Psicanálise*. CPRJ: Rio de Janeiro, v. 34, n. 27, p. 193-210.

Green, A. *A loucura privada: psicanálise de casos-limite*. São Paulo: Escuta: 2017.

Honda, H. (2018) *Sándor Ferenczi e as perspectivas da psicanálise: elementos para uma metapsicologia freudo-ferencziana*. Curitiba: Editora Appris.

Kahtuni, H. C.; Sanches, G. P. (2009) *Dicionário do pensamento de Sándor Ferenczi: uma contribuição à clínica contemporânea*. Rio de Janeiro: Elsevier; São Paulo: FAPESP, p. 01- 439.

Katz, Chaim S (1996) A clínica e o sofrimento; familiar e intrafamiliar. In: *Ferenczi: história, teoria, técnica*. São Paulo, Editora 34.

Kehl, M. R. (2009) *O tempo e o cão: a atualidade das depressões*. Editora Boitempo: São Paulo.

Kehl, M. R. (2015) O espetáculo como meio de subjetivação. *Revista Concinnitas*, v. 01, n. 26, p. 71 - 85.

Kupermann, D. (1996). *Transferências cruzadas: Uma história da psicanálise e suas*

instituições. Rio de Janeiro: Revan.

Kupermann, D. (2008) Presença sensível: a experiência da transferência em Freud, Ferenczi e Winnicott. *Jornal de Psicanálise*, São Paulo, v. 41, n. 75, p. 75-96.

Kupermann, D. (2015) A “desautorização” em Ferenczi: do trauma sexual ao trauma social. *Revista Cult*. São Paulo. n. 205, s. p.

Kupermann, D. (2016) Trauma, sofrimento psíquico e cuidado na Psicologia Hospitalar. *Rev. SBPH*, v.19 n.1, Rio de Janeiro.

Laplanche, J.; Pontalis, B. (2001) *Vocabulário de Psicanálise*. Tradução de Pedro Tamen. São Paulo: Martins Fontes.

Lejarraga, A.L. (2007) *A noção de trauma em Ferenczi e Winnicott: aproximações e diferenças*. Cad. Psicanal., CPRJ: Rio de Janeiro, n. 20, p. 63-80.

Laurenti, C. (2012) Trabalho conceitual em psicologia: pesquisa ou “perfumaria”. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 17, n. 2, p. 179 - 181.

Maltese, O. E. S. P. (1987) *Grande dicionário brasileiro de medicina*. Editora Matese: São Paulo.

Mezan, R. (1996) O Símbolo e o Objeto em Férenczi. In:\_\_\_\_\_. (Org.) *Ferenczi: história, teoria, técnica*. São Paulo, Editora 34.

Mautner, A. V. (1996) *Ferenczi: cultura e história*. In: KATZ, C.H. (Org.) *Ferenczi: história, teoria, técnica*. São Paulo, Editora 34.

Nasio, J. D. (1995). *Introdução às obras de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto, Lacan*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar.

Nemirovsky, C., (2009) El psicoanalista tratando a un paciente grave. *Psicoanálisis. Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*. v. XXXI, n. 1, 129-152.

Paciornik, R. (1978) *Dicionário médico*. Editora: Guanabara Koogan.

Roudinesco, E.; Plon, M. (1998) *Dicionário de psicanálise*. Tradução de Vera Ribeiro e Lucy Magalhães. Rio de Janeiro; Zahar.

Shoffen, I. M. *Considerações sobre o estatuto metapsicológico do trauma psíquico: uma re-visão em Freud*. 2014. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2014.

Sabourin, P. (1934). Prefácio In: *Psicanálise IV*. (A. Cabral, Trad.) São Paulo: Martins Fontes, 2011.

Torok, M. (2001) Catastrophes [katasztrófak] lettre ouverte sur la correspondance de Freud avec Ferenczi. *La psychanalyse avec Nicolas Abraham et Maria Torok*. Paris, n. 159, p. 81-83.

Winnicott, D. W. (1983). A integração do ego no desenvolvimento da criança. In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre, RS: Artmed. (Trabalho original publicado em 1962).

Winnicott, D.W. (1999). Vivendo de modo criativo. In: *Tudo começa em casa*. Tradução P. Sandler. São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1970), p. 23-39.

Winnicott, D. W. (1994). Sobre as bases para o self no corpo. In: *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas Sul. (Trabalho original publicado em 1971).

Zanella, M. (2015) *Sedução, trauma e tradução nas vivências de abuso sexual incestuoso: psicanálise e literatura de testemunho*. Dissertação – Programa de Pós-graduação da Universidade Estadual de Maringá.