

Validade e modernidade de algumas intuições clínicas de Ferenczi na prática psicanalítica contemporânea

Luis J. Martín Cabré,¹ Madri

Resumo: Com base nas reflexões de Ferenczi sobre a recuperação do valor dos afetos inconscientes, a elasticidade da técnica psicanalítica e, sobretudo, sua concepção sobre o trauma, o autor destaca como o diálogo teórico que Ferenczi manteve com Freud teve uma repercussão e continuidade significativas no desenvolvimento teórico de muitos autores posteriores. Tornou-se uma chave de leitura clínica para muitos dos desafios encontrados em nossa prática analítica com nossos pacientes.

Palavras-chave: psicanálise, Ferenczi, Freud, teoria analítica, técnica analítica

Sándor Ferenczi é um autor que constantemente invoca a teoria freudiana em minhas abordagens clínicas. É plenamente justificado recuperar o pensamento e suas contribuições que, por mais de 40 anos, haviam sido esquecidos, excluídos da comunidade psicanalítica e até mesmo banalizados de forma equivocada. Ferenczi foi o mais fiel interlocutor de Freud, amigo, confidente, paciente, cúmplice e coautor de muitas intuições teóricas, clínicas e técnicas.

1 Membro titular com funções didáticas e ex-presidente da Associação Psicanalítica de Madrid (APM). Membro credenciado como psicanalista de crianças e adolescentes. Membro ordinário da Sociedade Espanhola de Psiquiatria e Psicoterapia da criança e adolescente. Membro do Instituto de Estudos de Medicina Psicossomática. Membro titular da Sociedade Psicanalítica Italiana (Centro Psicanalítico de Bolonha). Membro fundador da Fundação Internacional “Sándor Ferenczi”. Membro do Conselho Editorial Europeu do *International Journal of Psychoanalysis*. Ex-representante europeu no Conselho da IPA.

Por que Ferenczi foi objeto de tal negação por tanto tempo? Ele era perigoso para a continuidade do pensamento psicanalítico? Constituía uma ruptura com o movimento freudiano? Era contra a arquitetura essencial da teoria analítica? Propunha um modelo alternativo que se afastava da forma ortodoxa de análise? Hoje podemos afirmar categoricamente que não.

As objeções feitas às contribuições teóricas e clínicas de Ferenczi nos últimos anos de sua vida, e especialmente após sua morte, apontavam para uma suposta excessiva elasticidade da técnica e para a recuperação da teoria do trauma que havia sido “aparentemente” marginalizada como um argumento psicanalítico.

No entanto, sempre tive a impressão de que o debate entre Ferenczi e Freud entre 1928 e 1933 foi além de uma discussão sobre traumatismo e se referia, no fundo, ao problema da transmissão da psicanálise e, se preferirmos, à questão da formação psicanalítica.

De fato, com o termo “intropressão”, Ferenczi apontava para uma educação violenta dos pais sobre seus filhos, uma educação devastadora que inocula culpa, sigilo e proibição do pensamento. No entanto, ele também se referia a uma certa forma de analisar essa submissão implícita, a introjeção da culpa e a incapacidade de administrar os próprios recursos mentais que caracterizariam alguns pacientes e, sobretudo, alguns futuros analistas. Seria esse o verdadeiro motivo do “escândalo”?

A realidade, porém, era que não havia analista mais próximo do pensamento de Freud do que Ferenczi, e nenhum analista mais entusiasmado com a psicanálise e seu futuro. Ferenczi foi o analista de muitos analistas posteriores e o precursor de muitas concepções teóricas que são indispensáveis à teoria psicanalítica de hoje.

Um empolgante diálogo teórico

Com a publicação de “Além do princípio do prazer” (1920) e a formulação da segunda tópica, a concepção do psiquismo se modificou. Freud empreendeu uma transformação sem precedentes de sua própria criação teórica. Mas, especialmente mais tarde, com a publicação de

“Psicologia de massa e análise do eu” (1921), ele deu forma à sua *teoria da identificação* (capítulos 7 e 8), ao introduzir os conceitos de *identificação primária e secundária*, e estabelecer uma dialética entre ser e ter, por meio da qual o campo da constituição do desejo e sua patologia se desdobrou. A partir daquele momento, anteriormente a patologia era baseada no conflito pulsão-defesa, a constituição da psique e sua patologia foram orientadas para processos identificatórios. Tudo isso equivale a dizer que, embora o destino da pulsão seja psíquico, ele é determinado pelo objeto. Em outras palavras, o destino da pulsão é realizado em um campo intersíquico. Freud também acrescentou uma nova concepção da estruturação da psique em “O ego e o id” (1923/2012) e uma nova formulação do conceito de masoquismo com uma nova leitura da reação terapêutica negativa em seu magistral texto “O problema econômico do masoquismo” (1924/1990b).

Freud introduziu um elemento fundamental, a compulsão à repetição, não como uma resistência à lembrança, mas como um efeito da pulsão de morte e como uma tentativa extrema de negar a ação do tempo.

Em resposta ao desafio de Freud, Ferenczi, em colaboração com Rank, publicou um dos livros mais audaciosos e brilhantes de sua produção e, possivelmente, o ponto de partida de muitas concepções psicanalíticas atuais, “Perspectivas sobre o desenvolvimento da psicanálise” (1924/1993a).

Nesse texto, particularmente inovador, os autores consideraram que o objeto essencial da elaboração analítica e, portanto, da interpretação do analista, não era a lembrança, mas a compulsão à repetição, que era a verdadeira expressão manifesta da transferência. Em outras palavras, em vez do “ali e depois”, tratava-se de privilegiar o “aqui e agora” da situação analítica. Além disso, ambos defenderam a necessidade de analisar as “experiências vividas”, as vivências (*Erlebnis*), os afetos antes que as fantasias reprimidas, a evocação de memórias ou representações. O afeto deveria ser posto a serviço do sentido.

Mas a importância fundamental, que tanto Ferenczi como Rank atribuíam à interpretação transferencial e ao processo analítico, também

implicava em uma modificação do conceito de contratransferência e, portanto, uma nova mudança na própria concepção da análise.

Em “O problema da afirmação do desprazer” (1926/1993b), escrito alguns meses após “Inibição, sintoma e angústia”, Ferenczi introduziu alguns dos conceitos de trauma que mais tarde desenvolveria. Usando um termo antigo “desprazer” (*Unlust*) para designar algo novo. Em *Diário clínico* (1932/1990), seis anos depois, ele especificaria mais precisamente o que entendia por *Unlust*. No trauma, é mais uma questão de dor do que de desagrado. Mas é uma dor que se situa fora do circuito do prazer-desprazer, uma “grande dor”, como diz Ferenczi, e ainda mais, “uma grande dor sem conteúdo representativo e, portanto, inacessível à consciência”. Ele afirma:

O que acontece quando o sofrimento aumenta e ultrapassa a possibilidade de compreensão da criança? A criança permanece fora de si mesma. Mas se ela não está em si mesmo, onde ela está? Está onde não existe tempo, onde passado, presente e futuro coincidem. Uma dor muito grande é uma dor sem representação, em que o sujeito está fora do tempo cronológico...

A partir de 1928, após a publicação de seu excelente trabalho “A elasticidade da técnica psicanalítica” (1928/1992b), em que radicalizou sua concepção da transferência, Ferenczi percebeu a necessidade de modificar a técnica psicanalítica à luz das experiências clínicas que realizava com seus pacientes. Algumas de suas hipóteses referem-se, como vimos em seu texto sobre o “desprazer”, às consequências psíquicas do trauma. Ele defendeu a ideia de que boa parte dos fracassos terapêuticos decorrem do fato de o analista não levar suficientemente em conta a realidade de certos traumas vividos anteriormente pelos pacientes e que são reativados na transferência.

Para essas pessoas que, mesmo na realidade, permanecem quase inteiramente infantis, os recursos habituais do tratamento psicanalítico não são suficientes. O que esses neuróticos precisam é ser verdadeiramente

adotados e ter permissão, pela primeira vez em suas vidas, para desfrutar das excelências de uma infância normal... (Ferenczi, 1930, p. 107)

O desafio das novas patologias e a questão da temporalidade e seu manejo clínico

Ao considerar que no trabalho analítico o que está em jogo é algo diferente da lembrança, é apenas uma das formas de temporalidade, podemos contemplar outros tempos presentes que abrem o tema a outras modalidades de existência. A “morte presente”, a “dor presente” implicam o abandono de um certo tipo de temporalidade, introduzem uma série de questões fundamentais sobre a técnica psicanalítica e situam o problema da temporalidade em uma perspectiva clínica radicalmente nova. Mais que uma temporalidade histórica, é uma temporalidade raivosamente presente, como se o sujeito tivesse necessidade de organizar um espaço de não-lugar e de não-existência.

E como podemos nós, psicanalistas, entender e revelar o “tempo” de determinadas experiências traumáticas, surtos psicóticos, excisões extremas ou de certas patologias perversas, narcisistas ou limítrofes, quando, às vezes, não são representáveis ou não têm a mínima dimensão histórica?

Porque, ouvindo atentamente o discurso de meus pacientes, nos últimos anos de meu trabalho constatei uma série de características comuns entre os chamados pacientes borderline, com patologias narcisistas, com distúrbios psicossomáticos, com situações de falso self, com experiências intensamente traumáticas e com aspectos psicóticos em geral.

Todos apresentam estados intensos de angústia, nos quais se sentem invadidos sem saber por quê, fortes depressões e uma ausência total da dimensão do futuro. Mas, ao mesmo tempo, eles não lembram nada do passado, nem de sonhos, não têm fantasias nem lapsos e vivem neste eterno presente, ao qual me referi, no qual nada de novo nunca começa. Eles têm uma estranha relação com seu próprio corpo como se ele não lhes pertencesse, embora paradoxalmente seja a única prova

de sua existência. Eles dão a impressão de que a psicanálise não pode oferecer-lhes utilidade alguma.

Alguns deles são dotados de grande inteligência e lucidez incisiva, e têm um código moral bastante rígido que utilizam como instrumento de crítica mordaz, dirigido não apenas contra os outros, mas, sobretudo, contra si mesmos. Além disso, a morte não é para eles uma questão existencial ou metafórica, eles a percebem em seu aspecto mais cru e brutal. É seu argumento cotidiano.

Como sabemos, a elaboração do sofrimento mental é um eixo essencial no desenvolvimento de qualquer processo analítico, mas também põe em primeiro plano a dor mental do próprio analista, que deve elaborar o sofrimento projetado pelo paciente e que deve ser capaz de tolerar e conter a raiva, os ataques e as seduções sem ficar paralisado em seu próprio pensamento. Todo analista pode encontrar pacientes que vivem a impossibilidade de experimentar a dor e utilizam mecanismos muito primitivos para evitar o sofrimento. Tornam-se silenciosos, imóveis, sarcásticos, insensíveis e apagam qualquer traço de emoção em seu discurso. Alguns têm mesmo a ilusão de parar e anular o tempo, de tornar o tempo inexistente para não os obrigar a mudar ou a levar em consideração sua idade. Uma consequência é o empobrecimento de sua vida mental e de sua relação analítica, mas também a necessidade de atuar esses sentimentos congelados em atos autodestrutivos ou perversos, especialmente na ocasião de separações ou interrupções de sessões.

Questionando minha própria experiência clínica e os esquemas referenciais que costumo usar, construí a hipótese de que na raiz de todos estes tipos de patologias existe um núcleo de caráter melancólico que, por sua vez, é ativado por experiências traumáticas muito intensas ou muito precoces das quais é difícil identificar o menor traço. Como administrar o setting nesse tipo de situação clínica?

Vejam como a teorização do trauma psíquico de Ferenczi pode nos ajudar.

O conceito de trauma para Ferenczi

Embora, como já mencionei, Ferenczi já tivesse introduzido alguns dos eixos de suas novas intuições sobre o trauma em numerosas obras, as principais linhas de sua genuína contribuição foram enunciadas em seu controvertido trabalho “Confusão de línguas entre adultos e a criança” (1933/1992a), que ele defendeu, apesar da tenaz oposição de Freud, Jones, Brill e Eitingon, no 12º Congresso da IPA, realizado no Hotel Rose em Wiesbaden, em setembro de 1932.

Além de atribuir aos objetos externos um papel decisivo na estruturação do aparato psíquico, Ferenczi enfatizou a importância de dois argumentos essenciais, por um lado os *processos identificatórios* e, cuja teoria Freud havia inaugurado em 1921 e, por outro, um novo conceito que, após a morte de Ferenczi, seria recuperado e desenvolvido pelo próprio Freud: a *divisão do ego*. Expandindo o conceito de sedução tal como tinha sido teorizado até então por Freud, Ferenczi desenvolveu um avanço teórico considerável ao postular a etiologia traumática como resultado de uma “violação psíquica” da criança por um adulto, de uma “confusão de línguas” entre eles e, acima de tudo, da “negação” (*Verleugnung*) por parte do adulto do desespero da criança. Quando essas formas de invasão psíquica produzem seus efeitos desqualificando e negando o reconhecimento do pensamento e dos afetos, produz-se um trauma no psiquismo da criança que inevitavelmente gera uma cisão. A linguagem da paixão do adulto (*Leidenschaft*) que, inconscientemente, transmite a erotização tanto do amor quanto do ódio, choca-se violentamente com a linguagem da ternura da criança (*Zärtlichkeit*). Esse “mal-entendido” desperta medo, decepção e dor na criança que havia depositado toda sua confiança no adulto.

A princípio, diante da impossibilidade de se defender do adulto, a criança se submete aos seus desejos, à sua vontade, acabando por se identificar totalmente com ele (“identificação com o agressor”) e introjeta os sentimentos de culpa que o adulto, em maior ou menor grau, sentiu por suas ações. Trata-se da “introjeção do sentimento de culpa”.

Entretanto, o efeito traumático ocorre em um segundo estágio e é uma consequência da negação, mecanismo já descrito por Freud em “O fetichismo”. Ocorre quando a criança recebe por parte desse adulto, que não pode suportar seu discurso, uma negação que interrompe todo o processo introjetivo e paralisa o pensamento, uma negação que arrebatada da criança não só a palavra, mas também a possibilidade de representação e fantasmática. As palavras da criança permanecem, segundo a conceptualização de Abraão e Torok (1978), “enterradas vivas”.

Quando essas modalidades de invasão psíquica produzem seus efeitos desqualificando e negando o reconhecimento do pensamento e dos afetos, produz-se um trauma no psiquismo da criança que gera uma cisão, uma fragmentação, uma atomização, uma autotomia que implica na amputação de uma parte de si mesma. Ao contrário da cisão de Freud, segundo a qual uma parte do ego aceita a realidade e a outra a nega, na concepção de Ferenczi, uma parte morre e a outra vive, mas desprovida de afetos, permanecendo à margem de sua própria existência, como se fosse outra pessoa que viveu sua vida. Mas Ferenczi também nos mostra, ao introduzir o conceito de “autotomia”, que o sujeito “morre” através da cisão. Ele não sente dor porque não existe. Além disso,

ele não lamenta pela respiração ou pelo coração, nem em geral pela preservação da vida, mas olha com interesse para ser destruído ou despedaçado, como se não fosse mais ele mesmo, mas outro ser, a quem esta dor é infligida... (Ferenczi, 1932, p. 47)

A psique se defende por sua autodestruição ou pela destruição daquele que lhe dá ajuda ou afeto.

Como na fascinante descrição clínica de seu paciente O. S., trauma para Ferenczi é a perda do sentido do tempo, “como se a vida não terminasse nem com a velhice nem com a morte” (Ferenczi, 1932, p. 200). Mas não se trata de um mecanismo de defesa, é um mecanismo de sobrevivência. Paradoxalmente, essa resposta extrema é produzida para salvar a vida. Para salvaguardar a integridade é necessário sacrificar

a parte viva do corpo e submeter-se a uma autotomia na qual a pessoa deve se subtrair de si mesma e dos outros.

Com sua concepção do trauma, Ferenczi nos situa mais além do inconsciente e fora do mecanismo de repressão, empenhado em conceber novos instrumentos técnicos que permitam ao analista ouvir uma nova linguagem na qual os silêncios, atuações e dissociações ou fragmentações do paciente passam a ser entendidos como a “aparição” do trauma e não como sua representação. Ou seja, o trauma se “apresenta”, não se “re-presenta”, mas sua presença não pertence a nenhum presente, ele destrói até mesmo o presente no qual parece ser introduzido. É um presente sem presença, um presente louco, no qual o sujeito deixa o tempo na tentativa de situar seu sofrimento impossível em uma grande unidade.

Em relação a isso, é interessante recordar uma passagem de seu *Diário clínico*, quando se refere à paciente G descrevendo uma experiência traumática relacionada à visão de uma relação sexual dos pais e que se transforma em uma cena de grande violência na qual o pai tenta estrangular a mãe. Ela diz: *Ninguém pensa em mim; não posso pedir ajuda a ninguém; só posso contar comigo mesmo, mas não sei como posso sobreviver sozinho; comer algo pode me acalmar, mas ninguém pensa em mim; gostaria de gritar, mas não me atrevo, é melhor ficar em silêncio e escondida, se não, eles podem me machucar ou me matar; odeio os dois, gostaria de tirá-los de mim, mas é impossível, sou muito fraca e também seria muito perigoso; gostaria de escapar, mas não sei para onde, gostaria de arrancar toda esta história de mim...*

De acordo com Ferenczi, o caráter insuportável de uma situação leva a um estado psíquico em forma de sonho onde toda eventualidade pode ser transfigurada, mas onde, se o descontentamento persistir, pode ocorrer uma regressão ainda mais acentuada: *Estou horrivelmente só, desesperadamente só, é claro que vejo, é porque, todavia, ainda não nasci. Eu ainda me movo na barriga da minha mãe...*

O tempo aqui está parado, preso em um presente infinito, inesgotável e vazio. Este é o momento do trauma. Um tempo em que nada de novo começa, um tempo sem negação e sem a possibilidade

de iniciativa. E é precisamente o trauma, sempre único e inédito, que interrompe a continuidade do tempo e introduz o irrepresentável na cadeia das representações e, como um relâmpago, permite um vislumbre da morte.

Nas anotações de 10 de maio do *Diário clínico*, Ferenczi descreve-o ainda mais claramente:

No momento do esgotamento total do tônus muscular, toda a esperança de ajuda externa e de atenuação do trauma é abandonada. Pode-se dizer que a morte, que já está presente, não é mais temida; todos os escrúpulos morais ou quaisquer outros sobre um fim inevitável desaparecem naturalmente. O indivíduo recorre a uma última tentativa de adaptação, análoga ao que alguns animais fazem quando fingem estar mortos. A pessoa se divide, por um lado, em um ser puramente cognitivo que observa de fora os acontecimentos e, por outro lado, em um corpo totalmente insensível... (1932, p. 177)

Quer dizer que há uma diferença entre o presente histórico, que fixa uma presença e uma identidade, e o presente traumático em que tudo se dissolve: não há sujeito, nem oposição entre sujeito e objeto. O que Ferenczi nos sugere é que nessa dinâmica de trauma algo é insinuado, e que tem a ver com a morte e a loucura, algo irrepresentável também para Freud e a teoria psicanalítica mais ortodoxa. É, diz Ferenczi, um processo de dissolução que vai na direção de uma dissolução total, ou seja, da morte. Mas talvez, mais do que a morte que estabelece um limite, Ferenczi se refere a morrer indefinidamente, estar morrendo permanentemente, em um tempo em que nada começa. O tempo se mumifica e, atua como um tecido morto, evita e paralisa a função do *après-coup*.

Conclusões

Vamos voltar aos nossos pacientes para concluir. Como disse no início de minha apresentação, muitos dos pacientes que atendemos reclamam que não sentem nenhum afeto, que tudo parece cinza, incolor

e estranho a eles. Sentem-se petrificados, frios, nada lhes interessa, são indiferentes a seus entes queridos e a vida, para ele, parece ter perdido todos os seus atrativos.

Por outro lado, utilizam mecanismos muito primitivos para evitar a dor e o sofrimento: tornam-se silenciosos, imóveis, aparentemente insensíveis e embrulham seu discurso em uma “anestesia afetiva” que, muitas vezes, dura a sessão inteira. Mas é claro que, na tentativa de entorpecer os sentimentos e a dor, eles também entorpecem o prazer de trabalhar conjuntamente para dar um significado às emoções e aos afetos que surgem da sessão.

Nem sempre é possível ajudar esses pacientes. Muitas vezes, na transferência, eles revelam a impossibilidade de confiar em seu analista. Quando aceitam experimentar sentimentos positivos, o fazem com muitas reservas e dominados por um ressentimento que pode facilmente induzir reações terapêuticas negativas ou, em todo caso, tornar o trabalho do analista uma tarefa extremamente árdua, se não impossível. Por outro lado, fantasias contratransferenciais relacionadas ao sofrimento, confusão e incapacidade de pensar estabelecem no analista uma sensação plana, átona e monótona que o afasta emocionalmente dos pacientes e pode, às vezes, levar a um fracasso terapêutico, extremamente doloroso para ambos os componentes da dupla analítica. Naturalmente, essas dificuldades não ocorrem apenas no paciente. O analista também pode se sentir perdido, confuso, impotente, deprimido e sem esperança. Nesse caso, nele ativado é um complicado processo de luto e o abandono de certos ideais que, às vezes, são mascarados por trás de certos posicionamentos teóricos. Além disso, pode-se perguntar, como Haynal (1987) sugere, se a evolução de um analista e sua maturidade na capacidade de escutar e compreender os chamados pacientes “difíceis” não estaria relacionada à possibilidade de poder elaborar todo o processo de luto, enquanto mudança constante, que o processo analítico de cada paciente envolve; e que implica, no momento de sua conclusão, uma forma de aceitar nossa própria morte como analistas.

Acredito firmemente que o que faz que um processo se considere psicanalítico não é a aplicação de um conjunto de regras externas, mas

a manutenção da capacidade e disposição mental do analista para assegurar a constituição de um espaço interno no qual o paciente possa se sentir acolhido e possa desenvolver uma nova maneira de pensar.

Ainda estamos longe de ter unificado e integrado todos os parâmetros que se abrem e desafiam a teoria psicanalítica no início do século 21. O novo tipo de pacientes que vêm a nossas consultas e que desenvolvem atitudes, mecanismos e uma organização de emoções e sentimentos de tipo perverso, psicopático ou psicótico, problemas de anorexia e bulimia, novas formas de maternidade, a questão inexplorada do incesto, o problema do abuso físico e da humilhação de crianças e mulheres, a crueldade gratuita praticada contra pessoas em situação de fraqueza ou submissão, tortura em todas as suas aberrantes formas de aplicação, racismo e xenofobia, fanatismo, guerra, ódio, terrorismo e, talvez, em última análise, a percepção de que estamos diante de um mundo cultural que não está disposto a desistir de uma única pulsão, nos obriga, como psicanalistas, a nos perguntarmos que experiências angustiantes estão acumuladas no inconsciente para gerar tanta violência e destruição.

Entretanto, uma escuta e reflexão atenta, honesta, autêntica e constante sobre essas novas patologias pode nos permitir pensar que a psicanálise terá sempre a oportunidade de existir e de se posicionar como uma alternativa às terapias expressas ou farmacológicas, pois como disse Piera Aulagnier

os pacientes na maioria das vezes não vêm às nossas sessões em busca de um valor intelectual ou para decifrar uma verdade, eles vêm simplesmente porque precisam da ajuda de uma experiência humana que seja capaz de entender sua dor, mas, acima de tudo, que seja capaz de permitir que continuem vivendo... (1976, n.p.)

Vigencia y modernidad de algunas intuiciones clínicas de Ferenczi en la practica psicoanalítica contemporânea

Resumen: A partir de las reflexiones de Ferenczi tanto sobre la recuperación del valor de los afectos inconscientes, de la elasticidad de la técnica psicoanalítica y sobre todo especialmente sobre su concepción sobre el trauma, el autor enfatiza como el diálogo teórico que Ferenczi mantuvo con Freud ha tenido una repercusión y una continuidad muy significativa en el desarrollo teórico de muchos autores posteriores y se ha convertido en una clave de lectura clínica para muchos de los desafíos que encontramos en nuestra práctica analítica con nuestros pacientes.

Palabras clave: trauma, elasticidad de la técnica, diálogo Freud-Ferenczi, afectos inconscientes

Validity and modernity of some clinical intuitions of Ferenczi in contemporary psychoanalytic practice

Abstract: Starting from Ferenczi's reflections both on the recovery of the value of unconscious affects, on the elasticity of the psychoanalytic technique and especially on his conception of trauma, the author emphasizes how the theoretical dialogue he had with Freud had a very significant impact and continuity in the theoretical development of many subsequent authors and has become a clinical reading key for many of the challenges we encounter in our analytical practice with our patients.

Keywords: trauma, elasticity of technique, Freud-Ferenczi dialogue, unconscious affects

Referências

- Abraham, N. & Torok, M. (1978). *Lécorce et le noyau*. Flammarion.
- Aulagnier, P. (1976). *El sentido perdido*. Buenos Aires: Trieb.
- Ferenczi, S. (1990). *Diário clínico*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1932)
- Ferenczi, S. (1992a). Confusão de línguas entre os adultos e a criança. In S. Ferenczi, *Obras completas* (Vol. 4, pp. 111-121). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1933)

- Ferenczi, S. (1992b). A elasticidade da técnica psicanalítica. In S. Ferenczi, *Obras completas*. (Vol. 4, pp. 29-42). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1928)
- Ferenczi, S. (1993a). Perspectivas da psicanálise. In S. Ferenczi, *Obras completas Sándor Ferenczi* (Vol. 3). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1924)
- Ferenczi, S. (1993b). O problema da afirmação do desprazer. In S. Ferenczi, *Obras completas Sándor Ferenczi* (Vol. 3). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1926)
- Freud, S. (1990). Além do princípio do prazer. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud* (Vol. 18, pp. 13-85). Imago. (Trabalho original publicado em 1920)
- Freud, S. (1990). O problema econômico do masoquismo. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud* (Vol. 19). Imago. (Trabalho original publicado em 1924)
- Freud, S. (2011). Psicologia das massas e análise do eu. In S. Freud, *Obras completas* (Vol. 15). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1921)
- Freud, S. (2012). O eu e o id. In S. Freud, *Obras completas* (Vol. 16). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1923)
- Haynal, A. (1987) A técnica em questão. Casa do Psicólogo.

Tradução de Mireille Bellelis

Revisão técnica de Carlos Wilson de Andrade Filho

Luis J. Martín Cabré

ljmartin@telefonica.net