

Sándor Ferenczi e a ampliação dos limites terapêuticos da psicanálise

Gisela Paraná Sanches

Quem pode se beneficiar da análise?
Para Ferenczi, também alguns
dos pacientes que Freud não aceitaria.

"Fórmulas como 'a resistência do paciente é insuperável', ou 'o narcisismo não permite aprofundar mais este caso' (...) tornaram-se para mim inadmissíveis. Penso que, enquanto o paciente continua a comparecer, o fio da esperança não está rompido."¹

Sándor Ferenczi

O conceito de transferência, sem dúvida um dos mais fundamentais da teoria e da técnica psicanalítica, foi desenvolvido por Sigmund Freud a partir de sua experiência clínica com pacientes histéricas. Inicialmente percebendo-o como fenômeno indicativo de *resistência* ao trabalho analítico, Freud foi se dando conta não só da inevitabilidade de seu desenvolvimento durante o processo de análise, como também do grande *potencial heurístico* nele contido. Se bem utilizado, este seria capaz de, ao elucidar os "métodos específicos de conduzir-se na vida amorosa" adota-

dos por seus pacientes, propiciar a terapêutica das neuroses. É este o grande salto qualitativo na teoria psicanalítica, que marca a passagem da transferência entendida como resistência à transferência compreendida *também* como instrumento indispensável ao trabalho analítico.

A partir daí o conceito vai se especificando: transferência positiva ou negativa; materna, paterna ou fraterna. Mas é também paulatinamente que Freud vai percebendo

Gisela Paraná Sanches - Pós-graduanda em Psicologia Clínica da PUC-SP e aluna do curso de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae, de São Paulo.

que nem todos os pacientes transferem do mesmo modo como aqueles que havia descrito a partir da análise da histeria. Através do que considerava como seu mais importante progresso teórico — a compreensão do narcisismo — Freud pôde isolar e descrever um novo grupo psicopatológico, que lhe exigiu repensar seu conceito de transferência enquanto instrumento terapêutico. Em “Dois verbetes de enciclopédia” ele explica:

“Com a ajuda dessa concepção [de narcisismo], tornou-se possível empenhar-se na análise do ego e efetuar uma distinção clínica das psiconeuroses em *neuroses de transferência* e distúrbios *narcísicos*. Nas primeiras (histeria e neurose obsessiva), o sujeito tem à sua disposição uma quantidade de libido que se esforça por ser transferida para objetos externos, fazendo-se uso disso para levar a cabo o tratamento analítico; por outro lado, os distúrbios narcísicos (demência precoce, paranóia, melancolia) caracterizam-se por uma retirada de libido dos objetos e, assim, raramente são acessíveis à terapia analítica.”² (itálicos do próprio texto).

Como podemos perceber, a descoberta desse novo grupo de distúrbios impõe a Freud uma reclassificação dos diferentes tipos de organização psíquica em função de sua acessibilidade à terapia psicanalítica. Assim, para ele, as neuroses de transferência (ou simplesmente neuroses), como o próprio nome indica, são aquelas que, capazes de realizar transferência através do investimento libidinal em objetos externos (e, portanto, no analista), têm garantido seu acesso terapêutico através da psicanálise. Já o grupo de distúrbios narcísicos, ao contrário das neuroses, caracteriza-se pela impossibilidade de realizar investimentos libidinais em outros objetos que não seu próprio ego, e desse modo, pela incapacidade de produzir transferência. São, portanto, inacessíveis terapeu-

ticamente.

Seus estudos sobre o narcisismo, a melancolia, o fetichismo e a psicose — através da elaboração de sua teoria estrutural (segunda tópica) — levam-no a considerar cada vez mais a importância do ego no processo de análise psicanalítica.³ Sua percepção do mundo psíquico vai se tornando mais e mais complexa, ampla e profunda, e novos instrumentos teóricos precisam ser desenvolvidos de modo a abarcar os novos fenômenos observados.

Como sabemos, na etiologia de todos esses tipos de organização psíquica o ego desempenha papel pri-

Os avanços da metapsicologia e da psicopatologia obrigam Freud a repensar seu conceito de transferência.

mordial. Nos distúrbios narcísicos o ego, então sujeito, torna-se objeto de si próprio; na melancolia o ego, ao identificar-se com o objeto perdido, introjeta-o e passa a atacá-lo, atacando a si mesmo; no fetichismo uma parte do ego reconhece a ausência do pênis nas mulheres, enquanto outra a nega; na psicose, frente a uma realidade insuportável, o ego dela se afasta, mantendo ainda um fragmento que tudo observa. Todos esses quadros, portanto, só podem ser compreendidos através da idéia de *divisão egóica*.

Desenvolvido pelo próprio Freud,

o conceito de “splitting” aparece a ele em sua forma mais clara nos casos de fetichismo, ainda que soubesse que tal mecanismo pode ser observado numa série de organizações psicopatológicas em diferentes graus e de diversas maneiras. Em “Esboço de psicanálise” Freud afirma: “Os fatos dessa *divisão do ego* (...) não são tão novos nem tão estranhos quanto podem a princípio parecer. É, na verdade, uma característica universal das neuroses que estejam presentes na vida mental do indivíduo, em relação a algum comportamento particular, duas atitudes diferentes, mutuamente contrárias e independentes uma da outra. No caso das neuroses, entretanto, uma dessas atitudes pertence ao ego e a contrária, que é reprimida, pertence ao id. A diferença entre este caso e o outro é *essencialmente uma diferença topográfica ou estrutural*, e nem sempre é fácil decidir num caso individual com qual das duas possibilidades se está lidando.”⁴ (itálicos meus).

O que vemos descrito por Freud aqui são, portanto, dois mecanismos de defesa conhecidos: repressão e “splitting”. Embora ambos representem divisões na organização psíquica, o primeiro, a repressão, envolve uma cisão entre ego e id, entre consciente e inconsciente, e pode ser visualizada como uma *divisão horizontal*. Já o segundo mecanismo, o “splitting”, opera uma cisão no próprio ego, entre duas partes da consciência, e pode ser pensado como uma *divisão vertical*.⁵

De fato, como nos explica Freud, a diferenciação entre esses dois mecanismos defensivos baseia-se num critério tópico. Nada dissemos sobre os aspectos dinâmicos e econômicos envolvidos nessas duas operações psíquicas. Então vejamos: a repressão é, para Freud, o mecanismo de defesa característico das neuroses, e a clivagem do ego a operação defensiva típica das perturbações narcísicas, das psicoses e da perversões. De acordo com ele, são exatamente a

histeria e a neurose obsessiva — as neuroses de transferência — que mais se adequam ao tratamento psicanalítico, por terem à sua disposição certo quantum de libido livre para realizar investimentos objetivos, e portanto por serem passíveis de realizar transferência. As demais organizações psicopatológicas, ao contrário, seriam inacessíveis à terapêutica psicanalítica. Cabe a pergunta: será?

Primeiramente, deveríamos falar em manobras *características, típicas* ou *predominantes* em cada quadro, já que não é verdadeira a idéia de uma relação biunívoca entre o conjunto dos tipos de organização psíquica e aquele ao qual pertencem os diferentes mecanismos de defesa. A repressão não é exclusividade da histeria, bem como as cisões não parecem ser prerrogativa de fetichistas e melancólicos. Em segundo lugar, expressões do tipo “neuroses transferenciais” ou “a transferência” nos levam a pensar nesse fenômeno clínico como algo único e simples; mesmo as subdivisões conceituais postuladas por Freud em função *a*) do tipo de afeto predominante (positiva se colorida por sentimentos afáveis em relação ao analista e negativa se permeada por hostilidade), ou *b*) da imagem ativa no momento (paterna, materna ou fraterna, etc.), nem de longe parecem abarcar a complexidade desse fenômeno.

É claro, porém, que não poderíamos esperar que Freud conseguisse desenvolver teorias suficientemente completas e profundas para toda sorte de fenômenos psíquicos — seu gênio criador, sua vontade de verdade e seus longos anos de trabalho árduo foram, de fato, bastante longe. Entretanto, não era a seus “discípulos” que caberia o questionamento e o aprimoramento de suas teorias e técnicas?

É nesse contexto que surge Ferenczi. Desde muito cedo interessado no tema da transferência, Ferenczi escreve em 1909 (apenas um ano depois de ter se encontrado com

Freud pela primeira vez) seu importante artigo “Transferência e introjeção”. Esse trabalho, recheado de saborosos exemplos clínicos, já apresenta, em estado embrionário, muitas das idéias que irá desenvolver ao longo de toda a sua obra.

Um das delas revela, exatamente, uma *ampliação do conceito de transferência* a partir daquele desenvolvido por Freud. Ferenczi propõe uma generalização do fenômeno transferencial, entendendo-o bem mais do que uma exclusividade da situação analítica: ele ocorre cotidianamente e em relação a toda sorte de objetos (nos relacionamentos afetivos de toda

Para Ferenczi, a transferência é um fenômeno cotidiano e envolve sempre uma relação de objeto.

ordem, nas escolhas profissionais, nas preferências religiosas ou políticas, no modo de trajar, nas idiosincrasias alimentares, etc....) Ela não se manifesta também unicamente em pacientes neuróticos, operando seus efeitos tanto em pessoas saudáveis como na “maior parte das manifestações mórbidas”.

Nesse texto Ferenczi introduz pela primeira vez o termo *introjeção*, que, cunhado por ele, refere-se, à “extensão ao mundo externo do interesse, auto-erótico na origem, pela introdução dos objetos exteriores na esfera do ego”. Ele considera: “... *todo o*

amor objetal (ou *toda transferência*) como uma extensão do ego ou *introjeção*, tanto no indivíduo normal quanto no neurótico...”⁶ (itálicos do próprio texto).

Vemos aqui, *in statu nascendi*, a ampliação do conceito de transferência: toda transferência, é em última análise, *relação de objeto*.

Projetamos no analista (amigo, professor, marido, trabalho, alimento, credo, teoria, etc.) afetos e fantasias inconscientes para então reintrojetá-los em nosso ego, identificando-nos com ele. A análise de um grande número de exemplos clínicos leva-o a concluir que, em resumo, “poder-se-ia igualmente classificar os sistemas metafísicos em sistemas introjetivos e projetivos.”

Assim, sua concepção de transferência é ampliada e traduzida em termos de uma atualização de certos padrões de relação de objeto que foram se constituindo durante o desenvolvimento emocional.

Mas foi com o passar dos anos, e com o aumento de sua experiência clínica com pacientes “difíceis” (psicossomáticos, psicóticos e aqueles que hoje reconheceríamos como pacientes de organização “borderline”), que Ferenczi pôde desenvolver suas teorias sobre o *trauma psíquico*.

A ênfase sobre o papel estruturante (ou desestruturante) do objeto externo⁷ no desenvolvimento psíquico é uma das principais diferenças entre as concepções de Freud e de Ferenczi sobre a etiologia das perturbações emocionais. Em 1932, poucos meses antes de sua morte, Ferenczi escreve:

“Quero sublinhar (...) a importância concedida recentemente ao fator traumático, tão injustamente negligenciado nestes últimos tempos na patogênese das neuroses. O fato de não aprofundar suficientemente a *origem exterior* comporta um perigo, o de recorrer a explicações prematuras invocando a predisposição e a constituição.”⁸ (itálico meu).

Como experiências traumáticas

Ferenczi considerava principalmente aquelas de “amor forçado” (seduções incestuosas, violências homo ou heterossexuais), mas também as de punições físicas insuportáveis ou o “terrorismo do sofrimento” (casos de pais que “usam” psicologicamente seus filhos como terapeutas de suas angústias).

Para ele, vivências desse tipo acarretam ao ego ainda frágil da criança danos efetivos. Sem suportar a dor e a angústia desencadeadas por tais experiências, a criança utiliza a cisão do ego como defesa, já que “não existe choque nem pavor sem anúncio de clivagem da personalidade”⁹. E o que pensar de crianças continuamente expostas a agressões físicas, sexuais ou morais? Ferenczi nos explica:

“Se os choques se sucedem no decorrer do desenvolvimento, o número e a variedade dos fragmentos clivados aumentam, e se torna particularmente difícil, sem cair em confusão, manter contato com os fragmentos que se comportam todos como *personalidades distintas* umas das outras. Isto pode finalmente determinar um estado a se designar, sem medo, como atomização, se se quer insistir na imagem da fragmentação; é necessário muito otimismo para não se perder a coragem frente a este estado de fato. Espero, entretanto, que seja possível encontrar caminhos que permitam ligar os diversos fragmentos.”¹⁰ (itálico meu).

Organizações psíquicas cindidas, fragmentadas, atomizadas. Como “manter contato” com elas? Como “ligar os diversos fragmentos”? Estas foram algumas das perguntas que Ferenczi também se fez. Sem entrarmos no mérito das questões propriamente técnicas, já que nos importa discutir aqui a modalidade de relação transferencial que pacientes desse tipo estabelecem, poderíamos nos perguntar: será que pessoas que apresentam “personalidades distintas” podem produzir transferência tal como aquela descrita por Freud

na análise da histeria, por exemplo?

Ferenczi sabia que não. Seu desejo de desenvolver recursos terapêuticos no sentido de tornar a psicanálise acessível a pacientes “difíceis” levou-o a propor: a) um *outro modo de relação analítica* que facilitasse a emergência das partes cindidas do ego, as quais incluíam não só alterações no setting, como também e principalmente um diferente posicionalmente subjetivo do analista;¹¹ b) novos desenvolvimentos teóricos que funcionassem como instrumentos capazes de ampliar a percepção do analista para a realidade das divisões egóicas (observação de *sintomas* mediantes a identificação de conteúdos

A elaboração
teórica de Ferenczi
o torna precursor
do conceito kleiniano
de identificação
projetiva.

mas transitórios, ventriloquismo e toda a sorte de *elementos formais* paralelamente ao conteúdo do discurso, por exemplo.)

Sua fé nas possibilidades terapêuticas da psicanálise levou-o a considerar grande parte dos impasses e dificuldades com certos pacientes “menos como consequência de uma ‘incurabilidade’ do que de nossa própria inabilidade”.

As mudanças na técnica propostas por Ferenczi - desenvolvimento da capacidade de *tato e empatia* do analista em relação a seu paciente; necessidade constante de análise da

contratransferência; facilitação da regressão do paciente com o objetivo de fazer emergir as partes clivadas e não desenvolvidas da personalidade - tinham como meta aproximar paciente e analista (mais do que era possível através da técnica clássica), facilitando o contato emocional entre eles.

Hoje sabemos que pacientes “borderline”, e mais ainda pacientes psicóticos, têm como um dos seus meios de comunicação privilegiados a identificação projetiva. Embora esse conceito só viesse a ser desenvolvido bem mais tarde (em 1946) por Melanie Klein, Ferenczi sabia que apenas a análise do discurso de pacientes desse tipo era insuficiente para que se pudesse ter acesso às partes cindidas do ego, e portanto para que se pudesse facilitar sua integração.

Tais pacientes tendem a repetir na situação analítica a vivência traumática que sofreram, com poucas chances de recordá-la; a experiência do trauma está neles *dissociada e não-metabolizada*. Seu único meio de expressão é a *atuação na transferência* (“acting in”) da experiência traumática que, cindida na personalidade, não poderia emergir através de “insight” (o que pressuporia repressão e não clivagem).

Portanto, não basta a compreensão teórica do funcionamento psíquico do paciente por parte do analista; ele precisa deixar-se utilizar pelo paciente como continente de suas atuações até que, gradualmente, através de um ego mais integrado, possa processá-las psiquicamente.¹² De acordo com Wallenstein:

“A ênfase [de Ferenczi] era de fato no *repetir e experienciar* mais do que no *lembrar e compreender* (‘insight gaining’), que eram vistos [por ele] como nitidamente limitados. O que sugeria era que, em relação àquelas porções do desenvolvimento que não podem ser realmente experienciadas através da memória, não resta outra saída que a de *repeti-las*, de acordo com o princípio da

compulsão à repetição. Elas implicavam a necessidade de uma forma de 'acting out' dentro da transferência, ou de 'acting in', como dizem alguns analistas, como meio de ajudar o paciente a reproduzir situações reprimidas, as quais não poderia recordar porque jamais foram conscientes."¹³ (itálicos meus).

A partir do que dissemos, seria possível organizar um quadro – bastante simplificado – de algumas das diferenças entre Freud e Ferenczi no que diz respeito à matriz clínica, à compreensão do fenômeno da transferência e ao tipo de relação paciente-analista próprios a cada concepção de psicanálise:

Freud	Ferenczi
Pacientes <i>neuróticos</i> (conflito psíquico)	Pacientes ' <i>borderline</i> ' e <i>psicóticos</i> (dissociação)
Mecanismo de defesa básico: <i>repressão</i> (divisão horizontal)	Mecanismo de defesa básico: <i>clivagem do ego</i> (divisão vertical)
<i>Maior integração egóica</i> : capacidade de continência de impulsos preservada	Fragmentação, autotomia, desintegração
Capacidade de produzir <i>transferência neurótica</i> prioritariamente através de transposição de imagens inconscientes para o analista	Capacidade de produzir <i>transferência 'borderline'</i> e <i>psicótica</i> prioritariamente através de identificação projetiva e 'acting in', que expressam relações de objeto primitivas e patológicas
Acessibilidade terapêutica: via <i>interpretação</i>	Acessibilidade terapêutica: via <i>utilização do analista</i> como <i>continente provisório</i> das atuações, enquanto ajuda o paciente a criar espaços de contenção interna (através de maior integração egóica rumo ao conflito psíquico)
Recordação, elaboração e experiência	Repetição e experiência
Modelo de relação: <i>pai-filho(a)</i> (alto grau de discriminação paciente-analista)	Modelo de relação: <i>mãe-bebê</i> (baixo grau de discriminação paciente-analista)
Posição do analista: <i>indiretamente envolvido</i> (não utilização clínica, em caráter sistemático, da análise da contratransferência)	Posição do analista: <i>diretamente envolvido</i> (necessidade constante de análise da contratransferência)

aquelas de alterações da técnica no sentido de ampliar os limites terapêuticos da psicanálise, abriram um novo caminho no campo analítico, que muitos outros analistas vieram a trilhar. Michael Bálint, Melanie

Para concluir, poderíamos dizer que o fenômeno clínico isolado e denominado por Freud como sendo a transferência pode ser hoje compreendido como *transferência neurótica*, fenômeno esse que coexiste no plano dos fenômenos psíquicos com outras manifestações transferenciais primeiramente descritas por Ferenczi: transferência psicótica, transferência de tipo "borderline". Como conseqüência, também a idéia de inacessibilidade terapêutica de pacientes que não realizam transferência neurótica pode ser questionada a partir dos trabalhos de Ferenczi.

Suas propostas de expansão do conceito de transferência, bem como

problemáticas abordadas, e configuraram leitura indispensável para aqueles que não se resignam frente aos limites de seu trabalho clínico cotidiano...

NOTAS

- (1) Sandor Ferenczi (1931) "Análise de crianças com adultos", em Joel Birman (org.) *Sándor Ferenczi: escritos psicanalíticos - 1909/1933*. Rio de Janeiro, Taurus-Timbre, s.d., p.335.
- (2) Sigmund Freud (1923) "Dois verbetes de enciclopédia". *ESB*, Rio de Janeiro, Imago, 1985, vol. XVIII, p. 302.
- (3) Sérulo A. Figueira (1992) "Estudo introdutório ao modelo de psiquismo em Freud - 2ª tópica". Do curso: *Mapeando o psiquismo*. Seminário realizado em 09 de maio de 1992, em São Paulo.
- (4) Sigmund Freud (1940) "Esboço de psicanálise". *ESB*, Rio de Janeiro, Imago, 1985, vol. XXIII, p.234.
- (5) Refiro-me aqui a uma visualização possível a partir da representação gráfica das relações estruturais da personalidade esquematizadas por Freud em "A dissecação da personalidade psíquica" (1933), *ESB*, Rio de Janeiro, 1985, vol. XXII, p.100. É importante salientar que a compreensão desse esquema aparentemente simples trouxe para a clínica conseqüências tão fundamentais quanto complexas, e toda a experiência no tratamento dos pacientes chamados "difíceis" implica na consideração dessas questões.
- (6) Sándor Ferenczi. (1912) "O conceito de introjeção". *Psicanálise I*. São Paulo, Martins Fontes, 1991, p.181.
- (7) Sérulo A. Figueira (1992) *Grupo de estudo sobre transferência*. Realizado em São Paulo.
- (8) Sándor Ferenczi. (1932) "Confusão de línguas entre adultos e crianças". Em: Birman, Joel (org.) *Sándor Ferenczi: escritos psicanalíticos - 1909/1933*. Rio de Janeiro, Taurus-Timbre, s.d., p.347.
- (9) *Idem*, p.354.
- (10) *Ibidem*, p.355.
- (11) Sérulo A. Figueira (1991) *Grupo de estudo sobre mudança psíquica*. Realizado em São Paulo.
- (12) *Idem*.
- (13) citado por, Axel Hoffer. (1991) "The Freud-Ferenczi controversy: a living legacy". *International Review of Psycho-Analysis*, 18, 465-472, p.468.

Klein, Donald Winnicott, Otto Kernberg e Wilfred Bion foram apenas alguns deles.

Seus artigos e livros, escritos em sua maioria nas décadas de 10 e 20, impressionam pela atualidade das