



PUC
RIO

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE TEOLOGIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE PSICOLOGIA

GABRIELA ROIAS DE FREITAS

**AS CONTRIBUIÇÕES DE SANDOR FERENCZI PARA O
ENTENDIMENTO DO TRAUMA NA PSICANÁLISE**

**Rio de Janeiro
2025**

GABRIELA ROIAS DE FREITAS

**AS CONTRIBUIÇÕES DE SANDOR FERENCZI PARA O
ENTENDIMENTO DO TRAUMA NA PSICANÁLISE**

Monografia apresentada ao Departamento de Psicologia do Centro de Teologia e Ciências Humanas da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel em psicologia.

Daniela Romão Barbuto Dias

Rio de Janeiro
2025

Agradecimentos

Em primeiro lugar, agradeço aos meus pais, que caminharam ao meu lado mesmo quando eu não sabia bem para onde ir. Aos meus irmãos, companheiros de infância, adolescência e vida. À minha cachorrinha Joy, por sua companhia incondicional. E por fim, à minha professora e orientadora, Daniela Romão, por ter me apresentado à psicanálise e às obras de Ferenczi, abrindo o caminho que tornou possível este trabalho.

Talvez não lhe possamos oferecer tudo o que lhe caberia em sua infância, mas só o fato de podermos vir em sua ajuda já proporciona o impulso para uma nova vida (...)

Reflexões sobre o trauma (1992a, p. 117)

RESUMO

Esta monografia tem como objetivo analisar as contribuições de Sándor Ferenczi para o entendimento do trauma psíquico, em diálogo crítico com a obra de Freud e com comentadores contemporâneos, destacando as consequências teóricas, técnicas e éticas dessa releitura. Partindo de uma pesquisa teórico-bibliográfica, o Capítulo 1 revisita a elaboração freudiana do trauma, da primeira teoria ligada aos eventos reais e à histeria até a virada da realidade psíquica, da fantasia, da compulsão à repetição e da pulsão de morte, evidenciando como o trauma deixa de ser apenas um acontecimento externo para tornar-se fenômeno estrutural do funcionamento psíquico. O Capítulo 2 apresenta o percurso de Ferenczi, situando brevemente sua trajetória e, em seguida, desenvolvendo seus principais conceitos ligados ao traumatismo: a confusão de línguas entre ternura e paixão, o desmentido como segundo tempo traumático, a identificação com o agressor, a clivagem narcísica e a hipótese da criança não acolhida e sua pulsão de morte, enfatizando o deslocamento em direção a um modelo relacional do trauma, no qual ganham centralidade a falha ambiental e a perda de um outro confiável. O Capítulo 3 examina as inovações técnicas ferenczianas, como a técnica ativa, fantasias provocadas e suas contraindicações, princípio de relaxamento, neocatarse e “análise de crianças com adultos”, mostrando como a compreensão ampliada do trauma impulsiona transformações na técnica e na posição do analista, em direção a uma clínica pautada pelo tato, pela elasticidade e pela construção de uma atmosfera de confiança que funcione como experiência antitraumática. Como conclusão, o trabalho sustenta que Ferenczi recoloca o trauma no centro da psicanálise ao enfatizar sua dimensão ético-relacional e ao propor uma prática clínica que, mais do que interpretar, se compromete em não repetir o desmentido original, oferecendo reconhecimento, testemunho e uma comunidade de destino ao infantil traumatizado que reaparece no adulto.

Palavras-chave: Trauma; Sándor Ferenczi; Psicanálise; Técnica; Desmentido.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	5
CAPÍTULO I: FREUD.....	8
1.1. A Primeira Teoria do Trauma (1892–1897): Trauma Real e Histeria.....	8
1.2. A Virada da Fantasia e a Noção da Realidade Psíquica.....	12
1.3. A Segunda Teoria do Trauma (1920): Compulsão à Repetição e Pulsão de Morte....	14
CAPÍTULO II: TRAUMA E SUAS ORIGENS EM FERENCZI.....	17
2.1. Quem foi Ferenczi: breve introdução e história de vida.....	17
2.2. “Confusão de línguas entre os adultos e a criança” (1932/1992).....	19
2.2.1. A cena traumatogênica: ternura × paixão.....	19
2.2.2. Desmentido.....	20
2.3. Identificação com o agressor: função defensiva, sinais clínicos e manejo.....	21
2.4. Clivagem narcísica e fragmentação do self sob choque.....	23
2.5. A criança não acolhida e sua pulsão de morte.....	26
CAPÍTULO III: INOVAÇÕES TÉCNICAS EM FERENCZI.....	29
3.1 – Técnica ativa em Sándor Ferenczi.....	30
3.2 – “As fantasias provocadas” (1924): encenação dirigida e ampliação da técnica ativa..	
31	
3.3 – Contraindicações da técnica ativa em Ferenczi.....	35
3.4 – Princípio de relaxamento e neocatarse.....	39
3.5 – “Análise de crianças com adultos” (1931): a criança no adulto e a comunidade de	
destino.....	
42	
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
REFERÊNCIAS	

INTRODUÇÃO

A clínica e a teoria psicanalíticas têm assistido a uma reatualização vigorosa da problemática do trauma, seja no campo dos sofrimentos ligados à violência sexual e doméstica, seja nas formas difusas de desamparo, precarização e perda de referências de amparo simbólico que atravessam o laço social contemporâneo (AVELAR, 2013; GONDAR, 2012). Nesse cenário, os escritos de Sándor Ferenczi, por muito tempo marginalizados, vêm ganhando novo relevo, em especial no que diz respeito à sua teoria do trauma e às consequências técnicas e éticas que dela decorrem (GOMES, 2024; COELHO JUNIOR, 2021).

A escolha do tema desta monografia nasce justamente da leitura, ao longo da formação em psicanálise, de trabalhos que falam de pacientes cuja dor parece exceder as ferramentas oferecidas pela leitura freudiana clássica do trauma, semelhante ao que relatam comentadores que articulam Freud e Ferenczi na tentativa de compreender sofrimentos marcados por violência precoce, clivagens narcísicas e estados de anestesia afetiva (MEDEIROS, 2020; MELLO; HERZOG, 2009). Em diferentes situações de estudo e prática supervisionada, tornou-se mais evidente como certas formas de padecimento, frequentemente associadas hoje a quadros-limite e a traumatismos cumulativos, exigem uma atenção maior à dimensão relacional e ao lugar do outro na constituição da experiência traumática, temática que Ferenczi coloca no centro de sua obra tardia (FERENCZI, [1929] 1992; [1933] 1992).

Diante disso, o presente trabalho tem como objetivo geral analisar as contribuições de Sándor Ferenczi para o entendimento do trauma psíquico, em diálogo crítico com a obra de Freud e com comentadores contemporâneos, destacando as consequências teóricas, técnicas e éticas dessa releitura. Mais especificamente, busca-se: (a) reconstruir, em linhas gerais, o percurso freudiano da noção de trauma, desde a primeira teoria ligada a eventos reais e à histeria até a virada da realidade psíquica, da compulsão à repetição e da pulsão de morte; (b) examinar como Ferenczi desloca o foco para a dimensão relacional do traumático, articulando conceitos como confusão de línguas, desmentido, identificação com o agressor, clivagem narcísica e criança não acolhida; e (c) discutir de que maneira essa concepção ampliada de trauma impulsiona transformações na técnica psicanalítica e na posição do analista.

Trata-se de uma pesquisa teórico-bibliográfica, baseada na leitura de textos fundamentais de Freud e Ferenczi, bem como de uma seleção de comentadores que têm se

dedicado a atualizar a discussão sobre trauma, desamparo e técnica. No que diz respeito a Freud, privilegiam-se os textos relativos à primeira teoria do trauma, à virada da fantasia e à formulação da pulsão de morte, tal como presentes em obras como *Recordar, repetir e elaborar* (1914), *Além do princípio do prazer* (1920) e *O mal-estar na civilização* (1930), em edições brasileiras recentes (FREUD, 2010; 2011; 2014). Quanto a Ferenczi, o eixo principal é constituído pelos ensaios reunidos em *Obras completas: Psicanálise III e IV*, textos sobre técnica e trauma, bem como pelo *Diário clínico* (FERENCZI, 1990; 1992).

O primeiro capítulo é dedicado a Freud e tem como finalidade reconstruir, de forma sintética, o percurso de sua elaboração sobre o trauma. Parte-se da chamada “primeira teoria do trauma”, ligada à histeria e à etiologia em acontecimentos reais, para acompanhar a virada progressiva em direção à realidade psíquica, à centralidade da fantasia, da compulsão à repetição e da pulsão de morte (FREUD, 2010; 2011). Nesse trajeto, são mobilizados autores como Laplanche (1985), que enfatiza a importância da sedução generalizada e do outro como fonte de mensagens enigmáticas, e Isotton e Donelli (2023), que discutem a forma como Ferenczi retoma e desloca a herança freudiana sobre o trauma. O capítulo evidencia como, em Freud, o trauma deixa de ser apenas um acontecimento externo para tornar-se um fenômeno estrutural, ligado à repetição e à própria condição trágica do sujeito.

O segundo capítulo concentra-se em Ferenczi e em seus pensamentos sobre as origens do trauma. Após uma breve apresentação biográfica, que sublinha sua posição singular na primeira geração psicanalítica e sua sensibilidade clínica frente aos “casos difíceis”, o capítulo desenvolve os principais conceitos ferenczianos relativos ao traumatismo: a confusão de línguas entre ternura e paixão, o desmentido como segundo tempo do trauma, a identificação com o agressor, a clivagem narcísica e a hipótese da criança não acolhida e sua pulsão de morte (FERENCZI, 1990; 1992). A leitura é articulada com comentadores como Coelho Junior (2021), Avelar (2013), Gondar (2012), Mello e Herzog (2009) e Mello, Féres-Carneiro e Magalhães (2019), que ressaltam o deslocamento para um modelo relacional de trauma, no qual ganham centralidade a falha ambiental, a perda de um outro confiável e a dimensão política do desmentido e da violência (GONDAR, 2012).

O Capítulo 3 examina as inovações técnicas ferenczianas em estreita relação com a teoria do trauma. A partir da técnica ativa, formulada como resposta a impasses clínicos em que a interpretação clássica não conseguia avançar, são analisados textos como “As fantasias provocadas”, “Contraindicações da técnica ativa”, “Princípio de relaxamento e neocatarse” e

“Análises de crianças com adultos”, além de passagens centrais do *Diário clínico* (FERENCZI, 1990; 1993). A discussão dialoga com autores como Oliveira (2021), Peron (2006), Dal Molin (2017), Kupermann (2019) e Medeiros e Peixoto Junior (2020), que destacam tanto a ousadia experimental de Ferenczi quanto sua autocrítica e o desenvolvimento posterior de uma técnica pautada pelo relaxamento, pela elasticidade e pelo tato. Mostra-se como a compreensão ampliada do trauma impulsiona transformações profundas na posição do analista, que passa a preocupar-se menos em interpretar acertadamente e mais em não repetir o desmentido original, instaurando uma atmosfera de confiança que funcione como experiência antitraumática.

Por fim, o percurso proposto busca articular, ao longo dos três capítulos, a dimensão metapsicológica, clínica e ética do trauma. Ao retomar Freud e recolocar Ferenczi em cena, a monografia procura contribuir para uma leitura do trauma que considere tanto sua ancoragem pulsional e estrutural quanto sua inscrição nas relações concretas de poder, dependência e desamparo. Espera-se, assim, que o estudo possa oferecer subsídios para a prática clínica com sujeitos marcados por experiências traumáticas precoces e reiteradas, bem como para o debate contemporâneo sobre os limites e as possibilidades da técnica psicanalítica frente ao sofrimento traumático (COELHO JUNIOR, 2021; GONDAR, 2012; AVELAR, 2013).

CAPÍTULO I: FREUD

1.1. A Primeira Teoria do Trauma (1892–1897): Trauma Real e Histeria

A fundação da psicanálise, enquanto campo clínico e teórico, está profundamente enraizada na investigação das neuroses e, em particular, da histeria. Nos últimos anos do século XIX, Sigmund Freud, inicialmente influenciado pela tradição médica e neurológica europeia, inicia um movimento de ruptura epistemológica ao propor uma etiologia psíquica para os sintomas histéricos. Entre 1892 e 1897, Freud desenvolve, juntamente com Josef Breuer, aquela que se convencionou chamar de “primeira teoria do trauma”, segundo a qual os sintomas neuróticos seriam oriundos de eventos traumáticos reais, experimentados pelo sujeito em sua história de vida. Essa teoria marca o início de uma trajetória de elaboração conceitual que levaria Freud à descoberta do inconsciente e à fundação da psicanálise como disciplina autônoma.

Até o final do século XIX, a histeria era majoritariamente compreendida a partir de uma perspectiva organicista. A medicina da época, influenciada pelos avanços da neurologia, buscava identificar correlatos anatômicos e fisiológicos para os distúrbios mentais. Freud, formado em medicina e profundamente influenciado pelos paradigmas científicos de sua época, inicialmente compartilha dessa perspectiva. No entanto, seu contato com Jean-Martin Charcot, durante sua estada em Paris, entre 1885 e 1886, representa um ponto de inflexão decisivo.

Charcot demonstrou a possibilidade de produzir e suprimir sintomas histéricos por meio da hipnose, evidenciando que esses sintomas não estavam ancorados em lesões orgânicas, mas em processos psíquicos (FREUD, 1956 / 1886). Essa observação permitiu a Freud conceber a histeria como uma afecção do psiquismo, cuja origem não poderia ser localizada no corpo físico, mas nas experiências emocionais e nas vivências do sujeito. Além disso, a hipnose mostrou que certos sintomas histéricos podiam ser reproduzidos em estado artificial, o que indicava a existência de outros registros psíquicos além do orgânico e colocava em questão a linearidade causal entre trauma e sintoma. Charcot, ao preservar a ideia de um “antes e depois do trauma”, abriu espaço para que Freud repensasse o corpo não apenas como organismo biológico, mas como corpo atravessado pela linguagem e pela memória.

A colaboração entre Freud e Breuer culmina na publicação da obra ‘Estudos sobre a histeria’, em 1895, marco inaugural da psicanálise. Nesse texto, é proposta uma compreensão inovadora da histeria, definida como uma “neurose de defesa”, na qual representações intoleráveis para a consciência são reprimidas, dando origem a manifestações sintomáticas. A etiologia desses sintomas está diretamente ligada a eventos traumáticos que o sujeito vivenciou no passado e que não foram suficientemente elaborados no momento em que ocorreram.

Freud e Breuer (2016) descrevem o trauma como um evento que provoca uma excitação psíquica intensa, para a qual o indivíduo não dispõe de mecanismos adequados de elaboração. Como resultado, essa excitação permanece “estrangulada” no aparelho psíquico, operando como um corpo estranho. Nas palavras dos autores: “o trauma psíquico ou, mais precisamente, a lembrança do mesmo age como um corpo estranho que ainda muito depois de sua penetração deve ser considerado um agente atuante no presente” (FREUD; BREUER, 2016, p. 19).

Esse conteúdo psíquico, mantido fora da consciência pela repressão, busca expressão por vias indiretas, originando os sintomas histéricos. A ideia central é que tais sintomas são reminiscências simbólicas de afetos não elaborados, cujo retorno evidencia a permanência da experiência traumática na vida psíquica. A célebre afirmação do autor “as histéricas sofrem de reminiscências” sintetiza essa concepção, indicando que os sintomas não são expressão de uma patologia orgânica, mas a repetição inconsciente de eventos passados que continuam a exercer influência (FREUD; BREUER, 2016).

Para tratar esses sintomas, Freud e Breuer desenvolveram o que foi chamado de “método catártico”, baseado na indução hipnótica e na rememoração dos eventos traumáticos. A eficácia do método residia na possibilidade de o paciente reviver a situação traumática em estado hipnótico, liberando os afetos reprimidos através da verbalização. Essa liberação, chamada de “ab-reacção”, permitia a dissolução do sintoma. Freud e Breuer (2016), observam:

Cada sintoma histérico desaparecia de imediato e sem retorno, quando conseguíamos despertar com toda a clareza a lembrança do acontecimento motivador, assim avivando igualmente o afeto que o acompanha, e quando, em seguida, o doente descrevia o episódio da maneira mais detalhada possível, pondo o afeto em palavras. (p. 255)

O caso de Anna O. tornou-se exemplar desse modelo teórico e clínico. A paciente apresentava diversos sintomas, como paralisias e perturbações da fala, os quais se aliviavam quando, sob hipnose, ela recordava os eventos traumáticos associados. O processo foi descrito por ela como uma “limpeza de chaminé”, metáfora que expressa a função purificadora da fala na liberação do afeto reprimido (FREUD; BREUER, 2016).

Ao aprofundar suas investigações clínicas, Freud passa a observar que os traumas relatados por suas pacientes frequentemente possuíam conteúdo sexual, ocorrido na infância, antes da puberdade. Com base nessas observações, ele propõe a teoria da sedução, segundo a qual as neuroses seriam causadas por experiências de natureza sexual prematura, geralmente envolvendo um adulto (FREUD, 1895). O autor ainda reafirma a perspectiva econômica do trauma, delimitando com maior clareza suas possíveis origens e incorporando a noção de defesa. Breuer e Freud sintetizam a questão: “a sexualidade parece exercer um papel central na patogênese da histeria, funcionando tanto como fonte de traumas psíquicos quanto como motivo para a ‘defesa’ – isto é, para o recalcamento das ideias da consciência” (Freud, 1987 / 1895, p. 35). Essa tese representa um importante passo na evolução dos estudos freudianos.

Segundo essa concepção, a experiência de sedução, vivida passivamente pela criança, inscreve-se no psiquismo como um trauma que, ao não ser compreendido nem elaborado, torna-se a origem de sintomas posteriores. A histeria, portanto, é compreendida como uma resposta psíquica retardada a um acontecimento de sedução infantil, cuja revivescência na puberdade atualiza seu caráter traumático (FREUD, 1896).

A teoria da sedução, entretanto, começa a ruir à medida que Freud se depara com dificuldades clínicas e teóricas. Os relatos de experiências sexuais infantis apresentavam grande uniformidade e frequência, o que o levou a suspeitar de sua veracidade histórica. Além disso, os sintomas surgiam anos após os eventos relatados, o que contrapunha a lógica causal linear da teoria original.

Como resposta a esses impasses, Freud elabora o conceito de trauma em dois tempos (*Nachträglichkeit*), segundo o qual o trauma não é patogênico em si mesmo, mas adquire seu caráter traumático *a posteriori*, quando reinterpretado por um segundo acontecimento. Conforme explica Pereira (FREUD, 1896/1996), o primeiro evento é vivido na infância de forma incompreensível, e apenas posteriormente, na puberdade e com a genitalização, ao ser

resignificado, passa a ter efeitos patológicos. O trauma é, assim, um produto da temporalidade psíquica e da construção retrospectiva de sentido.

Essa formulação representa um deslocamento significativo da etiologia centrada no evento real para uma compreensão mais complexa da subjetividade e do funcionamento do inconsciente, no qual o tempo e a significação desempenham papel central. Não se trata mais apenas de identificar um evento traumático objetivo, mas de compreender como esse evento é inscrito e elaborado na vida psíquica do sujeito.

A reavaliação da teoria da sedução, em 1897, acontece com a renúncia explícita por parte de Freud à crença na realidade objetiva dos relatos de abuso. Em correspondência a Wilhelm Fliess, Freud escreve: “Deixei de acreditar na minha ‘neurótica’” (FREUD, 1897/2006, p. 264). A partir desse momento, ele passa a considerar que muitas das lembranças evocadas por seus pacientes eram, na verdade, fantasias inconscientes e não recordações de fatos reais.

Essa mudança marca a transição da primeira teoria do trauma para uma nova fase da psicanálise, centrada na realidade psíquica, na fantasia e no desejo inconsciente. O evento traumático deixa de ser uma condição necessária e suficiente para a etiologia das neuroses, sendo substituído por uma concepção em que o conflito intrapsíquico, estruturado em torno

1.2. A Virada da Fantasia e a Noção da Realidade Psíquica

A reformulação da teoria freudiana do trauma, ocorrida a partir de 1897, marca uma verdadeira inflexão epistemológica na história da psicanálise. Se, em um primeiro momento, Freud sustentava a tese de que os sintomas histéricos derivavam de experiências traumáticas reais (notadamente a teoria da sedução infantil), a constatação clínica de que muitos dos relatos de suas pacientes não correspondiam a acontecimentos factuais levou o autor a reposicionar o problema. A partir de então, ganha centralidade a noção de fantasia inconsciente e de realidade psíquica, categorias que redefinem tanto o estatuto do trauma quanto a etiologia das neuroses.

A transição pode ser observada já na famosa correspondência a Wilhelm Fliess, de 21 de setembro de 1897, na qual Freud afirma: “Deixei de acreditar na minha neurótica”

(FREUD, 1897/2006, p. 264). Essa renúncia à hipótese de uma universalidade de abusos sexuais reais inaugura uma nova direção teórica: os relatos analisados passam a ser compreendidos como expressões de fantasias inconscientes, organizadas em torno do desejo, e não apenas como recordações fidedignas.

Em *A interpretação dos sonhos* (1900), Freud sistematiza essa virada, introduzindo de maneira mais formal o conceito de realidade psíquica. Para o autor, os sonhos não podem ser reduzidos a resíduos diurnos ou a experiências objetivas, mas se apresentam como “realizações disfarçadas de desejos” (FREUD, 1900/2019, p. 156). Ao destacar que o inconsciente se organiza pela lógica do desejo, Freud desloca o foco da análise do campo da realidade empírica para o da experiência psíquica, no qual a fantasia opera como matriz estruturante.

Essa concepção é particularmente clara quando o autor afirma que, no inconsciente, “não existe o critério da realidade” (FREUD, 1900/2019). Em outras palavras, os processos inconscientes não distinguem entre aquilo que foi vivido e aquilo que foi fantasiado, conferindo a ambos o mesmo valor de verdade psíquica. Esse ponto é crucial para a psicanálise, pois permite compreender que o trauma não se define pela ocorrência objetiva de um evento, mas pela forma como ele é inscrito, significado e reelaborado no psiquismo.

Em *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905), Freud aprofunda essa perspectiva ao articular a sexualidade infantil às fantasias inconscientes. Ao demonstrar que a sexualidade se manifesta desde a infância, de forma parcial e polimorfa, o autor evidencia que o sujeito não depende apenas de vivências externas para a constituição de seus sintomas: “as fantasias infantis [...] deixam atrás de si precipitados que mais tarde, na vida sexual, se impõem como realidades psíquicas” (FREUD, 1905/2016, p. 64). Assim, os sintomas não expressam apenas lembranças de acontecimentos, mas elaboram conflitos oriundos de desejos inconscientes e de fantasias estruturantes.

O caso Dora, analisado por Freud entre 1900 e 1901, é um exemplo clínico da primazia da realidade psíquica. Ao discutir o fracasso parcial do tratamento, Freud observa que a paciente, diante da transferência, reagia de acordo com suas fantasias inconscientes e não em relação à objetividade dos fatos. Nesse contexto, formula que “os neuróticos, com frequência, fogem justamente daquilo que mais desejam nas fantasias, quando o encontram na realidade” (FREUD, 1905/2016, p. 50). Essa passagem revela a força estruturante da fantasia,

capaz de gerar sintomas e organizar a vida psíquica, independentemente de sua correspondência com a realidade externa.

O tema retorna com força no *Caso Schreber* (1911), em que Freud interpreta o delírio paranoico como expressão de desejos homossexuais reprimidos. Aqui, fica evidente que a realidade psíquica pode sobrepor-se à realidade factual, pois o delírio, ainda que desconectado da experiência objetiva, obedece a uma lógica interna de satisfação de desejos inconscientes. A elaboração posterior em *Formulações sobre os dois princípios do funcionamento psíquico* (1911) explicita essa articulação, ao distinguir entre o princípio do prazer, que rege a fantasia e a vida inconsciente, e o princípio da realidade, que orienta a adaptação ao mundo externo (FREUD, 1911/2010).

A radicalização da noção de realidade psíquica ocorre, entretanto, em *História de uma neurose infantil* (1918), o célebre caso do “Homem dos Lobos”. A análise gira em torno da chamada cena originária, em que o paciente relata ter testemunhado, quando criança, uma cena sexual entre os pais. Freud (1918/2010) sustenta que, ainda que não seja possível confirmar a ocorrência factual do episódio, sua função psíquica é determinante: a fantasia da cena originária possui efeitos estruturantes, equivalentes ao trauma real. Desse modo, a etiologia dos sintomas não depende mais de uma vivência objetiva, mas da inscrição fantasmática que confere a essa experiência o estatuto de verdade inconsciente.

Por fim, em *Além do princípio do prazer* (1920), Freud amplia o campo da teoria ao introduzir a noção de compulsão à repetição, observada nos sonhos traumáticos dos veteranos de guerra e em certos jogos infantis. O autor destaca que o sujeito é levado a reviver incessantemente determinadas cenas, mesmo contra o princípio do prazer, como se a realidade psíquica impusesse sua força de modo autônomo. Nas palavras de Freud: “o paciente não recorda coisa alguma do que esqueceu e reprimiu, mas o expressa em ato” (FREUD, 1920/2010, p. 21). Essa formulação mostra que o inconsciente não se limita a conservar memórias, mas insiste em atualizar experiências psíquicas, em grande parte vinculadas a fantasias inconscientes e ao trauma.

Entende-se a partir disso que, o que importa para a psicanálise não é a verificação empírica de um acontecimento, mas a força que ele adquire no psiquismo, seja como lembrança, seja como fantasia. A clínica psicanalítica, desde então, não busca apenas

reconstruir fatos, mas interpretar como o sujeito organiza suas fantasias, repetições e desejos, reconhecendo na realidade psíquica o núcleo da experiência inconsciente.

1.3. A Segunda Teoria do Trauma (1920): Compulsão à Repetição e Pulsão de Morte

A publicação de *Além do princípio do prazer* (1920) inaugura uma nova fase no pensamento freudiano sobre o trauma. Diante da experiência clínica com pacientes neuróticos e da observação dos sintomas de guerra, Freud reconhece que certas manifestações psíquicas não podiam mais ser explicadas apenas pelo modelo econômico baseado no princípio do prazer. Até então, o trauma era pensado sobretudo como excesso de excitação não elaborado, que permanecia recalcado e retornava sob a forma de sintomas. Contudo, o fenômeno da compulsão à repetição demonstrava que o psiquismo tende a reproduzir experiências dolorosas, mesmo quando estas não trazem qualquer satisfação, o que exigiu a formulação de uma nova teoria das pulsões e do trauma.

O contexto da Primeira Guerra Mundial, em que emergem os chamados “neuróticos de guerra”, foi decisivo. Freud (1920) descreve o comportamento de veteranos de guerra que, em sonhos, reviviam incessantemente situações traumáticas de combate. Esses pacientes apresentavam pesadelos recorrentes e sintomas motores semelhantes aos histéricos, mas cujo núcleo traumático não estava ligado ao sexual, e sim à ameaça real de morte. Se o sonho fora concebido como realização de desejo, esse tipo de repetição onírica se apresentava como um desafio à teoria (Freud, 1900). Freud observa: “a característica que mais chama a atenção nos sonhos traumáticos é que eles repetem regularmente a situação da vivência traumática” (FREUD, 1920/2010, p. 24). Esse ponto revela a impossibilidade de reduzir o trauma apenas a conteúdos recalados que buscam satisfação simbólica: trata-se, antes, de uma experiência que retorna compulsivamente, contra o prazer. Isso impõe uma reformulação: o trauma não como sexual e disruptivo, mas também como a vivência extrema do perigo de aniquilação. Assim, a noção de trauma amplia-se para abarcar diferentes modalidades de experiência, cada qual com consequências clínicas específicas.

O mesmo se verificava na prática clínica. Em *Recordar, repetir e elaborar* (1914), Freud já havia notado que o paciente, em análise, “não recorda coisa alguma do que esqueceu e reprimiu, mas o expressa em ato, sem saber que o faz” (FREUD, 1914/2010, p. 164). Essa tendência à repetição inconsciente reaparece no campo transferencial e aponta para a

existência de uma força psíquica que ultrapassa a lógica do princípio do prazer. O exemplo do jogo do “fort-da”, observado em seu neto, também ilustra a compulsão à repetição: a criança repetia a cena de afastamento e retorno do carretel, encenando a experiência dolorosa da ausência materna (FREUD, 1920/2010).

A repetição insistente de vivências desprazerosas levou Freud a formular a hipótese de que “a compulsão à repetição parece ser mais originária, mais elementar, mais pulsional que o princípio do prazer” (FREUD, 1920/2010). É nesse contexto que surge a concepção da pulsão de morte. Freud sugere que toda pulsão possui caráter conservador, buscando reconduzir o organismo a estados anteriores, até mesmo ao inorgânico. A vida seria, portanto, atravessada por uma tendência fundamental ao retorno, uma força destrutiva primária, a qual denomina pulsão de morte (FREUD, 1920).

Essa formulação marca o advento do segundo dualismo pulsional. Se anteriormente a teoria freudiana estava organizada a partir da oposição entre pulsões sexuais e pulsões do eu, agora ela se estrutura em torno do conflito entre Eros (pulsões de vida, voltadas à ligação e à preservação) e pulsão de morte, voltada à destruição e ao retorno ao inorgânico. Como afirma Freud: “admitimos que as pulsões de vida buscam estabelecer unidades cada vez maiores e preservar estas, enquanto as pulsões de morte buscam dissolver as conexões, destruindo as coisas” (FREUD, 1920/2010, p. 61).

A partir de *O Eu e o Id* (1923), a segunda teoria do trauma ganha novo contorno ao ser articulada com a segunda tópica. Freud sustenta que o ego é formado por identificações e que contém uma parcela significativa da pulsão de morte voltada contra si próprio. Essa autoagressividade encontra-se na base do masoquismo, mas também se manifesta na autocrítica severa exercida pelo superego. Nesse sentido, a compulsão à repetição se relaciona à própria constituição do aparelho psíquico, como expressão da pulsão de morte internalizada (FREUD, 1923/2011).

Freud aprofunda essa perspectiva em *Inibição, sintoma e angústia* (1926), mostrando que o ego, ao enfrentar situações de perigo, mobiliza mecanismos de defesa que acabam por fixar traumas. O sintoma, nesse contexto, pode ser compreendido como uma forma de compromisso entre a defesa egóica e a compulsão à repetição, que insiste em trazer à tona experiências dolorosas do passado (FREUD, 1926/2014). O trauma, portanto, não é apenas

um excesso de excitação não elaborado, mas a reatualização incessante de uma experiência psíquica que se impõe ao sujeito.

Já em *O mal-estar na civilização* (1930), a pulsão de morte é pensada em sua dimensão cultural. Freud sustenta que o processo civilizatório exige a renúncia às pulsões agressivas, mas essa renúncia não elimina a destrutividade; ao contrário, ela é internalizada pelo superego, que volta contra o próprio sujeito a agressividade antes dirigida ao mundo externo. Como escreve: “a agressividade é introjetada, internalizada, e dirigida contra o próprio eu” (FREUD, 1930/2010, p. 113). Assim, a cultura produz tanto a coesão social quanto novas formas de sofrimento, ao reforçar a compulsão repetitiva do sujeito em se punir.

A teoria da compulsão à repetição e da pulsão de morte representa, portanto, um deslocamento profundo no entendimento do trauma. Na primeira teoria, o trauma era concebido como resultado de acontecimentos externos, inscritos na memória e recalcados. Na segunda, ele passa a ser pensado como um fenômeno estrutural, que não depende exclusivamente do acontecimento real, mas da insistência da repetição e da ação de forças pulsionais elementares. A noção de trauma se expande, articulando-se não apenas à clínica individual, mas também à cultura e à condição humana em geral.

Em síntese, a segunda teoria do trauma evidencia a dimensão trágica do sujeito em Freud. O trauma deixa de ser apenas uma marca do passado para se tornar expressão de uma tendência fundamental da vida psíquica: a repetição compulsiva, enraizada na pulsão de morte. Tal formulação, ainda que controversa, abriu caminho para novas leituras da clínica e da cultura, revelando o caráter inescapável do conflito entre Eros e pulsão de morte na constituição da subjetividade.

CAPÍTULO II: TRAUMA E SUAS ORIGENS EM FERENCZI

2.1. Quem foi Ferenczi: breve introdução e história de vida

Sándor Ferenczi (1873–1933) ocupa um lugar singular na primeira geração da psicanálise por combinar inventividade teórica, coragem clínica e uma atenção radical ao sofrimento do paciente. Formado em medicina e profundamente envolvido com a prática psicoterápica, ele se tornou um dos interlocutores mais próximos de Freud, mas também um dos que mais tensionaram, “por dentro”, os limites de uma técnica excessivamente intelectualizada ou indiferente à cena relacional concreta do trauma, sobretudo quando envolve assimetria, desamparo e negação do vivido (COELHO JUNIOR, 2021). Ao contrário de certos estilos de consultório que privilegiam a “pura interpretação”, Ferenczi desloca o foco para a ética do cuidado, o que privilegia uma postura que demanda tato, validação e sensibilidade ao risco de o próprio enquadre analítico reencenar situações de desmentido (AVELAR, 2013).

A trajetória de Ferenczi pode ser lida em três movimentos: (1) a fase de aproximação a Freud e a elaboração de conceitos como introjeção e transferência; (2) o período das intervenções ativas, seguidas de autocrítica; e (3) a “fase tardia” (1928–1933), na qual consolida as noções de tato, elasticidade técnica, relaxamento e o diagnóstico clínico do desmentido como núcleo patogênico do traumatismo (FERENCZI, [1909] 2011; [1926] 1992; [1928] 1992; [1930] 1992; [1933] 1992). Essa evolução não significa ruptura com a psicanálise freudiana, mas um ajuste fino do foco clínico: a etiologia “psíquica” do sofrimento não exclui a contundência do trauma real; pelo contrário, requer um método capaz de reconhecer e simbolizar a violência e a recusa de reconhecimento que frequentemente a acompanha (COELHO JUNIOR, 2021).

Do ponto de vista biográfico-intelectual, é decisivo notar que Ferenczi trabalhou com quadros hoje reconhecíveis como trauma cumulativo e trauma complexo, em que a cena traumática não é “um evento isolado”, mas um ambiente que falha reiteradamente em acolher, nomear e conter a experiência do sujeito. Isso explica sua persistência nos efeitos clínicos do desamparo, na clivagem narcísica como recurso de sobrevivência e na necessidade de reparações micro-traumáticas no vínculo analítico (AVELAR, 2013). Nesse sentido, a recepção contemporânea brasileira destaca, com pertinência, a dimensão “política” do seu pensamento: a violência e o desmentido não são apenas intrafamiliares; expressam

assimetrias e formas de poder também sociais, o que confere atualidade ao seu diagnóstico clínico (GONDAR, 2012; COELHO JUNIOR, 2021).

Ademais, o autor denunciou aquilo que chamou de “fanatismo interpretativo”: uma deriva da prática em direção a interpretações brilhantes porém frias, nas quais a neutralidade se converte em indiferença e a dimensão terapêutica é relegada a segundo plano (FERENCZI, [1928] 1992; [1930] 1992). Contra essa intelectualização da clínica, ele propõe uma nova sensibilidade técnica que não abdica do rigor conceitual, mas o inscreve numa ética do cuidado: tato para regular forma e tempo da palavra do analista, elasticidade para ajustar o enquadre às necessidades do paciente traumatizado e hospitalidade para que o sofrimento seja reconhecido antes de interpretado (FERENCZI, [1928] 1992; [1930] 1992). Nessa direção, a relação analítica deve apoiar-se em sinceridade, confiança e naturalidade, com um manejo responsável que previne o desmentido e sustenta processos graduais de reparação no vínculo. Essa leitura se torna amplamente desenvolvida pela literatura contemporânea brasileira ao situar Ferenczi como crítico do tecnicismo e defensor de uma “clínica do sensível” (AVELAR, 2013; GONDAR, 2012).

Ferenczi propõe um novo entendimento das origens e das repercussões do trauma no psiquismo. Destaca o fator externo na causa do sofrimento psíquico, ou seja, desloca uma certa ênfase intrapsíquica tipicamente atribuída a Freud, para a importância das relações na constituição da subjetividade. (AVELAR, 2013). Em carta enviada a Freud (Ferenczi, [1928] apud Dean-Gomes, 2019b) o autor diz: “Em todos os casos onde penetrei em profundidade suficiente, encontrei as bases traumáticas da doença” (FERENCZI, 25/12/1929, *apud* DUPONT, 1990, p. 12)”.

Essa moldura histórica e teórica tem consequências diretas para a técnica: se o trauma inclui a experiência de não ser acreditado, uma psicanálise centrada apenas em interpretações pode, inadvertidamente, repetir a recusa de reconhecimento. Em síntese, Ferenczi recoloca o trauma como evento-relação, enfatizando que o patológico não reside apenas “no que houve”, mas também, e sobretudo, no que vem a faltar depois: reconhecimento, testemunho e cuidado (COELHO JUNIOR, 2021).

2.2. “Confusão de línguas entre os adultos e a criança” (1932/1992)

2.2.1. A cena traumatogênica: ternura × paixão

Em “Confusão de línguas”, Ferenczi descreve uma cena matricial: a criança, que fala uma “língua de ternura” (ritmo, cuidado, proteção), é confrontada por um adulto que responde na “língua da paixão” (excesso, intrusão, abuso, rudeza). O núcleo traumático não se reduz ao sexual: abrange a violência de poder, a indiferença, a incompreensão e a mentira, modalidades de relação que desconsideram necessidades e tempo de maturação da criança. Nessa dinâmica, as vivências traumáticas são de caráter insuportável e são vivenciadas solitariamente pela criança, sem a presença de adultos capazes de reconhecer, suportar e intervir. Ferenczi fala de uma negação desse sofrimento infantil e de um modo da criança experimentar suas dores e a forma que experiencia o mundo. Essa dinâmica considera o modo indiferente e frio que os adultos se portam em relação ao acontecimento traumático. (AVELAR, 2005).

Ferenczi dita como denominador comum do traumático o rebaixamento da confiança e a perda de um outro confiável que nomeie, contenha e reconheça a afetação (COELHO JUNIOR, 2021; GONDAR, 2012). Ademais, o modelo ferenciano ressalta que o traumático não está apenas no fato objetivo de um acontecimento violento, mas como observam as leituras contemporâneas, também “no que não aconteceu”: o cuidado que não veio, o amparo que falhou, a palavra que faltou (MELLO; FÉRES-CARNEIRO; MAGALHÃES, 2019).

2.2.2. Desmentido

O desmentido em Ferenczi designa o segundo tempo da cena traumática: após a situação de caráter insuportável (sexual ou não), sobrevém a recusa do ambiente em reconhecer perceptiva e afetivamente o que a criança viveu, desacreditando sua percepção, sua dor e sua própria condição de sujeito. Nas palavras da psicanalista Jô Gondar:

Por desmentido entenda-se o não-reconhecimento e a não-validação perceptiva e afetiva da violência sofrida. Trata-se de um descrédito da percepção, do sofrimento e da própria condição de sujeito daquele que vivenciou o trauma. Portanto, o que se desmente não é o evento, mas o sujeito. (GONDAR, 2012, p. 196).

Ou seja, essa chave desloca a pergunta etiológica do “acontecimento em si” para a situação relacional que nega e silencia a experiência, corrompendo a confiança básica e a possibilidade de simbolização (GONDAR, 2012).

Além disso, o desmentido não se limita a contestar verbalmente o relato; ele pode operar por punição, silêncio, frieza, indiferença ou burocratização da dor. Mesmo quando a criança não fala, ela comunica por vias não verbais (comportamentais, somáticas), e o ambiente pode desmentir ao não se comover, ao não perceber e ao não intervir ; essas são formas de recusa que repetem o trauma “em ato” (GONDAR, 2012). O desmentido pode ser a “não comoção” e a não-percepção persistentes diante de sinais de sofrimento, o que corrobora a leitura de Gondar (2012) (FERENCZI, [1933/1992]).

A extensão do conceito ao campo social aprofunda sua inteligibilidade clínica: pesquisas sobre desastres mostram que a catástrofe não é necessariamente traumática; ela se torna traumática quando ao evento se soma a recusa de responsabilidade e de cuidado, isto é, quando sobrevém o desmentido institucional. Como conclui Gondar a partir de Erikson, o que mina a confiança básica é a soma de desastre + desmentido (GONDAR, 2012). Essa ponte confirma a leitura de Ferenczi do trauma como evento-relacional e revela os efeitos políticos e éticos do reconhecimento (GONDAR, 2012).

Do ponto de vista econômico e temporal, o desmentido trata-se de impressões que não foram sequer representadas.: sentimentos intensos permanecem fora de circulação, como impressões sensíveis não simbolizadas; a criança perde confiança no próprio sentir-pensar, o que dificulta a ligação posterior. Assim, o que de início era excesso irrepresentável torna-se colapso de significação, agora agravado pela experiência de não ter um outro que nomeie e garanta a realidade do vivido (COELHO JUNIOR, 2021).

No manejo, isso implica antídotos concretos ao desmentido: testemunho e validação antes de interpretar; tato e elasticidade na regulação do ritmo; reconhecimento explícito quando o enquadre falha (micro-reparações). É o que Ferenczi esboça em sua clínica do sensível e Avelar articula como crítica ao “fanatismo interpretativo”: sem hospitalidade e reconhecimento, a interpretação funciona como novo desmentido (FERENCZI, [1928] 1992; [1930] 1992); AVELAR, 2013).

Essa ética do reconhecimento inclui historicizar a violência para além da família, considerando relações de poder, dependência e desrespeito em ambientes marcados por

classe, raça e gênero. A leitura de Gondar enfatiza que Ferenczi não privilegia “personagens”, mas relações. Esse se torna um ponto decisivo para não reduzir o desmentido a “maus pais” ou “máis instituições”, e sim para compreender dispositivos que desautorizam o sofrimento (GONDAR, 2012). Essa ampliação reenvia a clínica a uma micropolítica do cuidado.

Em síntese, o desmentido configura o traumático ao interditar o trabalho de ligação: ao invés de transformar o excesso em padecimento nomeável, converte-o em agonia (não em “mera” angústia), com risco de aniquilamento subjetivo. É por isso que, para Ferenczi, o tratamento do trauma começa por não desmentir, por oferecer reconhecimento e tato suficientes para que, apesar de tudo, a vida retome alguma força vital (COELHO JUNIOR, 2021).

2.3. Identificação com o agressor: função defensiva, sinais clínicos e manejo

A identificação com o agressor, em Ferenczi, atua como recurso de sobrevivência diante da autoridade esmagadora e do colapso de confiança: tomada pelo medo, a criança passa a adivinhar os desejos do adulto, obedecer automaticamente, antecipar invasões, e colar no ponto de vista do agressor para reduzir dano e preservar o vínculo (FERENCZI, 1933/1992). Como pensou Nelson Coelho, traumas extremos privam a vítima da confiança básica, levando-a a buscar “base segura” no próprio agressor (COELHO JUNIOR, 2021).

A dinâmica pode ser compreendida na sequência proposta por Ferenczi: violência + desmentido → identificação. Sem um outro confiável que reconheça e contenha, prevalece a estratégia de autoassujeitamento (obedecer, prever, calar) para impedir novas agressões. Nas palavras de Ferenczi em Confusão de línguas, isso fica evidente: “esse medo, quando atinge seu ponto culminante, obriga-as a submeter-se automaticamente à vontade do agressor, a adivinhar o menor de seus desejos, a obedecer esquecendo-se de si mesmas, e a identificar-se totalmente com o agressor” (FERENCZI, 1933/1992). Trata-se de uma economia defensiva que sacrifica espontaneidade e diferença para manter a continuidade de existência (FERENCZI, 1933/ 1992).

Coelho Júnior sintetiza o mecanismo de base: quando o trauma impede a ligação libidinal e quebra a confiança, o sujeito é levado a buscar segurança exatamente onde ela falta (no agressor), o que fornece matriz para masoquismo e identificação com o agressor (COELHO JUNIOR, 2021). A citação ferenciana do “mimetismo autoplástico” na fase de

ternura reforça o ponto: sob excesso ou privação, a criança reage de modo autoplástico (passivo), “sem poder afirmar-se” (FERENCZI, [1933] 1992; COELHO JUNIOR, 2021). Em Confusão de línguas entre adultos e crianças (1933), Ferenczi escreve:

As crianças sentem-se física e moralmente sem defesa, sua personalidade é ainda frágil demais para poder protestar, mesmo em pensamento, contra a força e a autoridade esmagadora dos adultos que as emudecem, podendo até fazê-las perder a consciência. Mas esse medo, quando atinge seu ponto culminante, obriga-as a submeter-se automaticamente à vontade do agressor, a adivinhar o menor de seus desejos, a obedecer esquecendo-se de si mesmas e a identificar-se totalmente com o agressor [...]. (FERENCZI, [1933] 1992, p. 102)

(...) que a personalidade ainda fracamente desenvolvida reage ao brusco desprazer, não pela defesa, mas pela identificação ansiosa e a projeção daquele que a ameaça e a agride. (...) Uma parte da personalidade deles, o seu próprio núcleo, permaneceu fixado num certo momento e num certo nível, onde as reações aloplásticas ainda eram impossíveis e onde, por uma espécie de mimetismo, reage-se de maneira autoplástica. FERENCZI, [1933] 1992, p. 103)

Por fim, a identificação com o agressor precisa ser situada no espectro do trauma: ela pode advir tanto de eventos específicos (choques agudos) quanto de situações cumulativas (microviolências persistentes). Em ambos os casos, o fio comum é a perda de um outro confiável, capaz de reconhecer e intervir; é por essa via que a clínica do reconhecimento (anti-desmentido) reduz gradualmente essa estratégia de sobrevivência (de submeter-se automaticamente ao outro e de adivinhar seus desejos). (FERENCZI, [1933] 1992; COELHO JUNIOR, 2021; GONDAR, 2012).

2.4. Clivagem narcísica e fragmentação do self sob choque

A noção de clivagem em Sándor Ferenczi emerge de sua clínica com pacientes difíceis, marcada por experiências traumáticas precoces e pela solidão da criança diante de um abandono traumático. No horizonte ferenciano, a clivagem não é um mero sinônimo de divisão defensiva no sentido clássico; ela designa uma operação radical de sobrevivência

psíquica diante de choques para os quais não há mediação nem amparo, produzindo, a um só tempo, anestesia afetiva e hiperfuncionamento intelectual (FERENCZI, [1931] 1992; [1932] 1990; [1933] 1992). Apesar do autor construir essa traumatogênica com base em uma criança violentada, essa lógica se estende para outras situações de caráter insuportável (traumas precoces, acontecimentos traumáticos posteriores, traumas sociais e traumas de guerra). Em termos de técnica e ética, essa concepção desloca o foco do recalcamento sexual à cena relacional traumática (com ênfase na conjunção entre violência e desmentido) e exige do analista um refinamento da sensibilidade clínica para reconhecer, sustentar e ligar o que se partiu (MELLO; HERZOG, 2009).

Ferenczi descreve frequentemente esses sujeitos como “ausentes de si”, vivendo uma “psique artificial de um corpo obrigado a viver”, e observa que “um choque inesperado, não preparado e esmagador, age, por assim dizer, como um anestésico” (FERENCZI, [1932] 1990). A literatura secundária brasileira tem sublinhado que essa anestesia não indica frieza, mas um corte forçado entre sentir e pensar, instaurado para tornar suportável o insuportável. Na experiência de um intenso sentir, vem o sentir nada. (MELLO; HERZOG, 2009).

A ideia do desmentido como segundo ataque, comentado previamente, é essencial para compreender por que “estar só conduz à clivagem”: quando a intervenção reconhecedora não vem, a criança precisa vir em seu próprio socorro. Segundo Ferenczi,

o salvamento não chega e até mesmo a esperança do salvamento parece excluída. O desprazer cresce e exige uma válvula de escape. Tal possibilidade é oferecida pela autodestruição, a qual, enquanto fator que liberta da angústia, será preferida ao sofrimento mudo. O mais fácil de destruir em nós é a consciência, a coesão das formações psíquicas numa entidade: é assim que nasce a desorientação psíquica. (A unidade corporal não obedece tão prontamente ao princípio de autodestruição). (Ferenczi, 1932/1992, p. 111).

Nesse sentido, pela ausência de um salvamento, a criança precisa vir em seu próprio resgate. O resultado é uma comoção psíquica que suspende a atividade mental espontânea e instala um estado de passividade sem resistência, com paralisia da sensorialidade e anestesia afetiva; nas palavras do autor, há uma “morte temporária da própria pessoa” (FERENCZI, [1931] 1992; [1932] 1990). A literatura relaciona diretamente essa suspensão com a futura organização clivada, na qual a ligação entre afetos e representações fica interrompida, e o mundo passa a ser vivido “por fora”, de modo coerente, mas desafetado (MELLO; HERZOG, 2009).

Ferenczi emprega a imagem de uma autoclivagem narcísica: sob perigo iminente e sem esperança de amparo, “um fragmento de nós mesmos se cinde sob a forma de instância autoperceptiva que quer acudir em ajuda” (FERENCZI 1931/1992, p. 78). Trata-se de uma reorganização extrema do eu que lembra a autotomia biológica: sacrificar uma parte para preservar o conjunto. Em termos descritivos, o sujeito “divide-se numa parte sensível, brutalmente destruída, e noutra que, de certo modo, sabe tudo, mas nada sente” (Ferenczi, 1992c, p. 77); uma instância observadora que se afasta do vivido para manter o funcionamento (FERENCZI, [1931] 1992; [1932] 1990). Assim, essa fragmentação é efeito imediato de um traumatismo que não pode ser superado, sem intervenção:

Se, na situação analítica, o paciente sente-se ferido, decepcionado, abandonado, põe-se às vezes a brincar sozinho, como uma criança desprezada. Tem-se nitidamente a impressão que o abandono acarreta uma clivagem narcísica da personalidade. Uma parte da sua própria pessoa começa a desempenhar o papel da mãe ou do pai com a outra parte, e assim torna o abandono nulo e sem efeito (...) representa a clivagem da pessoa numa parte sensível, brutalmente destruída, e uma outra que, de certo modo, sabe tudo, mas nada sente (Ferenczi, 1931, p. 76-77).

A partir disso, a leitura clínica contemporânea sintetiza: o anestesiamento “reporta à tentativa de se libertar de uma dor insuportável, cujo efeito consiste no distanciamento da própria subjetividade” (MELLO; HERZOG, 2009, p.69).

A consequência dessa operação é dupla. Por um lado, anestesia-se o afeto: sentimentos “refugiam-se na regressão”, ficam “fora de circulação”, e o sujeito não sente “nenhuma emoção até o fim”; a vida torna-se um protocolo existencial sem cor, com queixas difusas e narrativa desafetada (MELLO; HERZOG, 2009). Por outro, hiperinveste-se a inteligência: a “parte que sabe” assume o comando, aprendendo a calcular, prever e adaptar-se, como uma sentinela interna a serviço da sobrevivência (MELLO; HERZOG, 2009).

É importante sublinhar que o que distingue essas duas partes é essa posição ocupada na dinâmica da interação entre elas; uma cuida e outra é cuidada. Diferentemente do modelo freudiano do recalque, na clivagem as partes não se encontram em conflito, elas coexistem no psiquismo e se distribuem para ampliar a superfície de suporte do insuportável. (MELLO; HERZOG, 2009).

A figura do “bebê sábio” dramatiza essa economia clivada: sob a pressão de uma urgência traumática, faculdades intelectuais “virtualmente pré-formadas” e funções adultas irrompem precocemente, enquanto a vida afetiva regide a um estado embrionário (FERENCZI, [1923] 2011; [1933] 1992). Estudos recentes articulam trauma, clivagem e progressão intelectual, mostrando que a inteligência, apartada do afeto, ganha ares de autossuficiência e oferece um mínimo de apaziguamento (MELLO; FÉRES-CARNEIRO; MAGALHÃES, 2019).

Nessa organização, o intelecto torna-se um cuidador interno, incumbido de monitorar o ambiente e “adivinhar o menor desejo do outro”, muitas vezes por identificação com o agressor, o que conserva o vínculo ao preço da espontaneidade e da presença de si (FERENCZI, [1933] 1992). A literatura evidencia como essa maturação precoce sustenta performances adaptativas notáveis, mas cobra um preço elevado na esfera da sensorialidade e da ligação afetiva (MELLO; FÉRES-CARNEIRO; MAGALHÃES, 2019).

Embora Ferenczi parta da cena emblemática do abuso, sua noção de trauma abarca situações cumulativas: violências, rudezas, incompreensões e mentiras que obrigam a criança a cuidar de si e dos adultos, invertendo a direção do cuidado (FERENCZI, [1933] 1992). A sensibilidade clínica atual enfatiza que o eixo decisivo é a perda de um outro confiável (dentro ou fora do núcleo familiar) capaz de reconhecer, traduzir e intervir; sem esse outro, a criança “se cliva” para sobreviver (MELLO; HERZOG, 2009; MELLO; FÉRES-CARNEIRO; MAGALHÃES, 2019).

2.5. A criança não acolhida e sua pulsão de morte

No ensaio “A criança não acolhida e seu impulso de morte”, Ferenczi propõe uma hipótese clínica e metapsicológica de grande alcance: a recusa ambiental, feita de indiferença, impaciência ou hostilidade dirigidas ao infans, contribuindo para um enfraquecimento do investimento vital e imprimindo cedo uma coloração mortífera no funcionamento psíquico (FERENCZI, [1929] 1992). Diferentemente de reduzir a questão a um instinto autoaniquilador dado de antemão, Ferenczi acentua que a força vital é frágil no começo da vida e só se robustece através de um tratamento e de uma educação conduzidos com tato, ou seja, por relações de cuidado que modulam a excitação e restituem sentido às experiências

(FERENCZI, [1929] 1992). Como já abordado antes, essa formulação desloca o eixo da etiologia do sofrimento: menos um conflito intrapsíquico isolado, mais um fracasso relacional que empobrece a ligação e desinveste o mundo (FERENCZI, [1929] 1992).

Leituras contemporâneas sublinham esse deslocamento: longe de postular um “instinto de morte” inato e soberano, Ferenczi inscreve o problema no eixo da relação primária e da (des)imunização oferecida pelo ambiente, ideia que ele próprio pavimenta quando define o “tato” como faculdade empática necessária à vitalização do sujeito (HERZOG; PACHECO-FERREIRA, 2015).

Ao situar o não acolhimento como matriz patogênica, Ferenczi antecipa um vasto campo clínico no qual o paciente aparece sem energia libidinal disponível para a curiosidade, a brincadeira e as trocas, apresentando apatia, desvitalização e sensação de vazio. Nessa economia, o que se chama “impulso de morte” não é uma essência, mas o efeito psíquico de um ambiente que falha em reconhecer e conter a precariedade do início da vida, deixando o sujeito à mercê de um pessimismo básico e de movimentos de desinvestimento. Tal perspectiva, enraizada no cotidiano clínico, rearticula criticamente a noção de pulsão de morte, aproximando-a do desamparo e da história relacional mais do que de uma ontologia do negativo (FERENCZI, [1929] 1992).

Ferenczi descreve as marcas que o não acolhimento imprime no psiquismo infantil: frieza e impaciência parentais, desautorização de sinais de dor, exigências de maturidade fora de tempo e insensibilidade diante das necessidades corporais e afetivas. Sob tais condições, a criança retira investimento de pessoas e coisas, apaga interesses, perde o “gosto” da vida e antecipa derrotas, como se a própria realidade fosse intrinsecamente hostil; um tom mortífero que não coincide com depressão reativa, mas com uma instalação precoce de retração libidinal. O autor insiste:

A "força vital" que resiste às dificuldades da vida não é, portanto, muito forte no nascimento; segundo parece, ela só se reforça após a imunização progressiva contra os atentados físicos e psíquicos, por meio de um tratamento e de uma educação conduzidos com tato. De acordo com o declínio da curva de morbidez e de mortalidade na meia idade, a pulsão de vida poderia, na idade da maturidade contrabalançar as tendências para a autodestruição. (FERENCZI, 1929, pág 50)

Nessa chave, a categoria “impulso de morte” designa a deriva econômica de um organismo psíquico não suficientemente investido: quando faltam braços simbólicos para

acolher, nomear e ligar, o aparelho tende a economizar energia por desinvestimento e encolhimento do campo de experiência. O achado é decisivo para a clínica: em muitos casos, não se trata de “resistência à vida” por caráter, mas do efeito tardio de um começo sem testemunho, o que exige que o analista reconheça o caráter de sobrevivência de tal retração e não a trate, de saída, como má vontade ou preguiça de simbolizar (FERENCZI, [1929] 1992).

Em trabalhos subsequentes, o autor mostra como essa matriz se combina com desmentido e identificação com o agressor, formando uma “situação traumática relacional” que ultrapassa a etiologia puramente intrapsíquica: o dano deriva do fracasso do outro em reconhecer e ofertar ligação (HERZOG; PACHECO-FERREIRA, 2015). O não acolhimento descrito por Ferenczi antecipa o que, três anos depois, ele chamará de desmentido (visto anteriormente / 2.2.2): a recusa do ambiente em validar perceptiva e afetivamente o que a criança vive. Em 1929, já está indicado o mecanismo: sem um outro que reconheça e traduza o sofrimento, o afeto não encontra vias de inscrição, e a criança aprende a desistir cedo, como quem poupa energia para “não doer”. Essa anemia libidinal não se cura com interpretações brilhantes; ela precisa de condições relacionais que reabram a confiança para que o desejo reacenda, o que Ferenczi formula, no mesmo período, como tato e elasticidade da técnica (FERENCZI, [1928] 1992; [1930] 1992). Portanto, “impulso de morte” e “desmentido” são duas faces do mesmo problema: falta o outro confiável e esfria-se o investimento, não por decisão consciente, mas por economia de sobrevivência (FERENCZI, [1929] 1992; [1930] 1992).

Esse quadro explica a clínica do apagamento tão frequente: pacientes “presentes” no gesto e “ausentes” de si, de fala mansa e olhar sem brilho, que funcionam sem participar, como se a vida acontecesse “ao lado” deles. Ferenczi fornece a gramática para ler tais apresentações sem moralizar a retração e sem psicologizá-la como traço: trata-se de uma história de vínculos falhos, não de uma essência melancólica (MELLO; HERZOG, 2009; MELLO; FÉRES-CARNEIRO; MAGALHÃES, 2019).

Embora o ensaio de 1929 também não desenvolva sistematicamente o conceito de clivagem, ele o pressupõe: para poupar dor, o aparelho retira afetos de circulação e sustenta uma camada funcional que segue operando. Essa lógica será explicitada em 1931–1932 pelo autor na ideia de auto-clivagem narcísica (“uma parte ajuda, outra é ajudada”) e na descrição da “morte temporária da própria pessoa”. Essas são expressões que narram, com força clínica, o preço da sobrevivência sem acolhimento (FERENCZI, [1931] 1992; [1932] 1990). Quando

sobrevém ainda a autoridade esmagadora do adulto, a criança, tomada pelo medo, submete-se automaticamente e adivinha desejos alheios, o que configura a dinâmica de identificação com o agressor e que estabiliza o desinvestimento e congela a espontaneidade (FERENCZI, [1933] 1992). Assim, o “impulso de morte” ferencziano não é um ponto isolado: ele se encadeia com não acolhimento, desinvestimento, clivagem e submissão adaptativa, instalando uma economia de preservação com pouco sentir (FERENCZI, [1929] 1992; [1931] 1992; [1933] 1992).

Essa hipótese de 29 dialoga criticamente com a segunda teoria freudiana do trauma. Comentadores destacam que essa hipótese dialoga criticamente com a dualidade pulsional de 1920: Ferenczi não nega Freud, mas desloca o peso explicativo, fazendo depender a “dinamização” dos impulsos de vida da qualidade do cuidado inicial; quando tal cuidado falha, a tendência ao inorgânico recrudesce (HERZOG; PACHECO-FERREIRA, 2015). Se, em Freud, a compulsão à repetição e a pulsão de morte reconfiguram a metapsicologia a partir do além do princípio do prazer, Ferenczi relationaliza a face mortífera ao situá-la como derivada da falência ambiental, ou seja, menos um destino biológico, mais um efeito de história (FERENCZI, [1929] 1992). O autor escreve:

A criança recém-nascida utiliza toda a sua libido para o seu próprio crescimento, e é necessário até dar-lhe libido para que possa crescer normalmente. (...) Os bebês não amam, é preciso que sejam amados (FERENCZI, 1932, p.236)

Por fim, isso permite compreender porque, em muitos pacientes, a sofisticação interpretativa nada move: sem ambiente confiável, a palavra fica sem destino e sem lastro afetivo. O que estimula o impulso de vida não é a explicação, e sim a experiência de ser acolhido de modo não intrusivo, com bordas claras e tato suficiente para que o sentir volte a ser possível (FERENCZI, [1929] 1992; [1930] 1992).

CAPÍTULO III: INOVAÇÕES TÉCNICAS EM FERENCZI

Neste capítulo, acompanharemos o percurso das inovações técnicas propostas por Ferenczi em estreita articulação com sua teoria do trauma e com a ética do cuidado que atravessa sua obra. Partindo da formulação da técnica ativa como resposta a impasses clínicos que a interpretação clássica não conseguia transpor, o texto examina, em seguida, o deslocamento produzido por “As fantasias provocadas”, nas quais a encenação dirigida radicaliza a aposta em intervenções que reanimem a vida fantasística sob transferência. Na sequência, analisa-se o movimento de autocrítica em “Contraindicações da técnica ativa”, onde Ferenczi explicita os riscos de uma clínica fundada em excessos de autoridade e aponta os limites e condições de uso desses recursos. A partir daí, o capítulo se volta ao princípio de relaxamento e à neocatarse, destacando a passagem de uma ênfase na economia pulsional para uma ética da “economia do sofrimento” e da criação de uma atmosfera de confiança que permita a revivência dos traumas sem retraumatização. Por fim, a leitura de “Análises de crianças com adultos” reúne e aprofunda esse caminho, ao pensar a relação analítica como lugar de encontro com a criança traumatizada que habita o adulto e de construção de uma “comunidade de destino” entre paciente e analista, em diálogo com autores contemporâneos que revisitam essas propostas à luz das exigências atuais da clínica do trauma.

3.1 – Técnica ativa em Sándor Ferenczi

A chamada “técnica ativa” surge na obra de Ferenczi como resposta clínica a impasses que nem a interpretação nem a simples manutenção da abstinência, tal como enfatizadas pela técnica clássica freudiana, conseguiam transpor em determinados quadros. Em linhas gerais, Ferenczi propõe intensificar o princípio de abstinência por meio de injunções e proibições, com o objetivo de reanimar a associação livre quando esta se encontra bloqueada por resistências “intratáveis” à interpretação (FERENCZI, [1919] 2011; [1921] 2011). Na literatura secundária recente, esse movimento é descrito como uma tentativa de reinserir no processo analítico formações sintomáticas e cenas que estavam dissociadas das cadeias verbais, endereçando-as novamente ao vínculo e ao manejo transferencial. Em termos conceituais, trata-se menos de “atuar” no lugar do paciente e mais de criar, com economia libidinal e contrato temporal, condições para que a energia estagnada volte a circular associativamente (MEDEIROS; PEIXOTO JR., 2020).

Desde os primeiros ensaios, a expressão ‘técnica ativa’ gerou equívocos: *ativa* não descreve uma hiper-intervenção do analista, mas a convocação da atividade do paciente em momentos de estagnação.

Em que consiste a técnica ativa? Seu próprio nome é fonte de mal-entendidos. De fato, ao contrário do que parece sugerir — e ao contrário do que muita gente crê —, não é o analista que é convidado a exercer uma atividade, mas o paciente. Quando o tratamento se estagna e as associações se esgotam, o analista, por meio de injunções ou de proibições, incita o paciente a adotar uma atitude ativa, isto é, a fazer ou a renunciar a fazer alguma coisa. Assim, um doente fóbico pode ser estimulado a enfrentar as situações temidas, outro pode ser convidado a cessar esta ou aquela prática sexual, etc. (FERENCZI, 2011, p. viii).

Essa definição impede confundir técnica ativa com sugestão ou diretividade irrestrita: trata-se de meios mínimos, contratuais e reversíveis, usados para reanimar a associação e recolocar a transferência em trabalho.

Comparada à técnica clássica de Freud, a proposta ativa preserva a centralidade da transferência e do recordar; contudo, ela admite convites à ação e modificações de enquadre calibradas à capacidade do paciente e à qualidade do laço transferencial. A própria tradição freudiana sustenta que “o instrumento principal para reprimir a compulsão do paciente à repetição e transformá-la num motivo para recordar reside no manejo da transferência”, razão pela qual intervenções mais vigorosas só ganham sentido quando a transferência está suficientemente consolidada (FREUD, [1914] 2006, apud MOURA, 2021). Em leitura contemporânea, a técnica ativa é compreendida como complementar da regra fundamental, devendo ser “atualizada e adaptada” a cada subjetividade, jamais aplicada de modo imitativo (MOURA, 2021).

3.2 – “As fantasias provocadas” (1924): encenação dirigida e ampliação da técnica ativa

O texto “As fantasias provocadas” ([1924] 2011) ocupa um lugar central no conjunto das experiências de técnica ativa de Ferenczi, aparecendo depois dos textos sobre a intensificação da abstinência e antes das formulações mais críticas sobre as contraindicações

dessa via. Nele, o autor radicaliza a hipótese de que, em certas estagnações do processo analítico, intervenções ativas cuidadosamente dosadas podem ajudar a religar afetos recalados e vida fantasística, em vez de deixar o tratamento preso a uma repetição silenciosa, pobre em associações e empobrecida de afeto (FERENCZI, [1924] 2011). Ao mesmo tempo, o texto já antecipa as preocupações éticas e os riscos de que essa técnica se torne intrusiva, prolongue desnecessariamente o tratamento ou recapitule, no enquadre, uma cena de submissão traumática – preocupações que serão tematizadas explicitamente em “Contraindicações da técnica ativa” ([1926] 2011) e, mais tarde, na virada do relaxamento e do tato ([1928] 1992; [1930] 2011; Diário clínico [1932] 1990).

Ferenczi parte da constatação de que a regra fundamental da associação livre nem sempre se cumpre de modo efetivo. Há pacientes que, embora “falem muito”, mantêm-se afastados de fantasias carregadas de afeto, produzindo associações frias e intelectuais; outros, ao contrário, abusam da liberdade de fantasiar, entregando-se a devaneios que funcionam como derivativos masturbatórios e não aproximam o cerne traumático (FERENCZI, [1924] 2011). Nesses casos, em vez de simplesmente insistir no mandamento abstrato de “dizer tudo o que vier à mente”, o analista pode, sob certas condições, solicitarativamente que o paciente fabrique uma fantasia específica em torno de uma situação, pessoa ou afeto indicados a partir do material já emergente na análise (FERENCZI, [1924] 2011; MOURA, 2021).

O autor descreve esse procedimento como uma espécie de “ataque de surpresa” sobre a resistência. O paciente é convidado a “imaginar algo” de determinado teor – por exemplo, algo agressivo em relação ao analista – e, num primeiro momento, tende a produzir imagens frias, pobres, ainda muito marcadas por defesas intelectuais e ideais de conduta. Progressivamente, porém, “as sensações fantasísticas ‘fabricadas’ tornam-se mais variadas, mais vivas e mais ricas” (FERENCZI, [1924] 2011, p. 263). Em alguns casos relatados, Ferenczi observa que essas fantasias “inventadas” podem desembocar em vivências de quase intensidade alucinatória, acompanhadas de angústia, cólera ou excitação erótica, evidenciando a passagem do jogo imaginativo “de faz de conta” para a irrupção do recalado em sua força afetiva (FERENCZI, [1924] 2011).

Do ponto de vista técnico, o texto sublinha duas ideias complementares. Primeiro, as fantasias provocadas comprovam ao próprio paciente que ele é capaz de tais produções psíquicas, desmontando o discurso defensivo de que “não tem imaginação” ou de que “nunca sente nada” (FERENCZI, [1924] 2011). Segundo, e mais importante, elas se tornam um meio

de exploração aprofundada do recalcado: uma vez mobilizado o campo imaginário, os detalhes, encadeamentos e afetos associados passam a ser analisados como qualquer outro produto de transferência, sonho ou lembrança (FERENCZI, [1924] 2011; MOURA, 2021). É nessa chave que Ferenczi afirma que as fantasias provocadas têm “valor analítico” por oferecerem acesso a camadas inconscientes que permaneciam inacessíveis sob a forma de associações livres meramente formais.

Ao mesmo tempo, o autor reconhece que nem sempre o paciente consegue produzir algo por iniciativa própria, mesmo sob “forte pressão” do analista. Nesses casos, Ferenczi admite que pode, ele mesmo, esboçar uma cena possível, dizendo ao analisando o que ele “teria sentido ou pensado” naquela situação, desde que, em seguida, ceda o lugar aos acréscimos, correções e deslocamentos introduzidos pelo paciente (FERENCZI, [1924] 2011). O foco interpretativo, sublinha, recai menos sobre a “trama” fornecida pelo analista e mais sobre os detalhes com que o paciente a modifica. Comentadores brasileiros destacam aqui um ponto central: mesmo quando há uma indução inicial, a autoridade última sobre o sentido da fantasia deve pertencer ao analisando; do contrário, corre-se o risco de deslizar para a sugestão ou para uma “encenação pedagógica” destituída de eficácia analítica (MOURA, 2021; DEAN-GOMES, 2018).

Ferenczi organiza uma pequena tipologia das fantasias que se viu coagido a provocar: (1) fantasias de transferência positivas e negativas; (2) fantasias relativas a lembranças infantis; e (3) fantasias masturbatórias (FERENCZI, [1924] 2011). Essa classificação indica que a técnica não visa um “teatro” qualquer, mas o cruzamento entre o campo transferencial, a sexualidade infantil e as formas atuais de satisfação pulsional. A fantasia provocada funciona como um ponto de intersecção entre esses três registros, permitindo, quando bem manejada, que o paciente vivencie, na relação com o analista, situações que remetem ao “complexo de Édipo completo” e a outras cenas fundamentais de sua história, como mostra o caso relatado no próprio artigo (DEAN-GOMES, 2018).

Um exemplo clínico conhecido é o do homem cuja vida fantasística não era pobre, mas cuja expressão afetiva era gravemente inibida por ideais rígidos. Ferenczi fixa um prazo para o fim do tratamento e aponta a inanidade de sua atitude, esperando despertar raiva e desejo de vingança (FERENCZI, [1924] 2011). Em vez disso, seguem-se sessões “enfadonhas”, sem tônus nem afeto. Ao insistir que seria “pouco natural” não sentir ódio, o analista o incita a imaginar algo agressivo a seu respeito. Após várias resistências, surgem

fantasias agressivas cada vez mais violentas, acompanhadas de angústia somática intensa, até que o paciente imagina atacar o analista e arrancar-lhe os olhos, cena que se transforma repentinamente em uma fantasia sexual na qual Ferenczi aparece em posição feminina (FERENCZI, [1924] 2011; DEAN-GOMES, 2018).

Na leitura de Gustavo Dean-Gomes, esse exemplo ilustra com clareza o objetivo da técnica das fantasias provocadas: ao invés de “fomentar o acting-out”, trata-se de concentrar, sob transferência, ódio e erotismo que estavam dissociados, permitindo que o paciente vivencie, em fantasia e sob enquadre, situações que aproximam a experiência atual das cenas edípicas infantis, ao mesmo tempo em que se oferece ao analista um material rico para reconstruir “toda a gênese da libido infantil do paciente” (DEAN-GOMES, 2018). Moura, por sua vez, destaca que aqui se condensa o princípio geral da técnica ativa: intensificar, por meio de tarefas ou proibições, a pressão da excitação e da transferência, para que a resistência atinja seu auge e, justamente aí, se deixe entrever o núcleo recalcado (MOURA, 2021).

Importa notar que Ferenczi não apresenta a técnica das fantasias provocadas como um recurso banal ou aplicável em qualquer momento do processo. Ao contrário, ele ressalta que tal produção “imposta ao paciente” só se justifica “no período de desligamento”, isto é, na fase final do tratamento, quando a transferência está suficientemente elaborada e o vínculo suporta intervenções de maior intensidade (FERENCZI, [1924] 2011). Acrescenta ainda que esse desligamento nunca ocorre sem “renúncias dolorosas” e implica também uma atividade do médico, que precisa arriscar-se a intervir mais diretamente sobre a espontaneidade das associações, sem nunca perder de vista o caráter “sempre arriscado” desse tipo de procedimento (FERENCZI, [1924] 2011).

Essa prudência se acentua quando Ferenczi discute as contraindicações da técnica. Ele adverte que sugestões de fantasias mal orientadas podem “alongar inutilmente o tratamento” em vez de abreviá-lo, e que é indispensável possuir “grande experiência” de análises não ativas antes de se permitir uma intervenção desse gênero (FERENCZI, [1924] 2011). Marcos Moura, comentando essa passagem, lembra que se trata de uma técnica que só pode ser empregada quando há transferência sólida, capacidade mínima de simbolização e um enquadre suficientemente confiável para metabolizar a excitação despertada (MOURA, 2021).

Vista em contraste com a técnica clássica freudiana, a proposta de fantasias provocadas combina continuidade e ruptura. De um lado, ela leva a sério o que Freud formulara em “Recordar, repetir e elaborar” ([1914] 2006): sob transferência, o paciente tende a repetir em vez de recordar, e a tarefa do analista é transformar a repetição cega em algo passível de elaboração (MOURA, 2021). De outro, Ferenczi considera que, em certos casos, a simples espera interpretativa não é suficiente: a repetição pode se cristalizar em forma de silêncio, pseudo-normalidade ou intelectualização, exigindo que o analista provoque uma experiência fantasmática mais viva, que faça emergir o que se mantinha encapsulado.

Além disso, enquanto Freud insiste na evitação da sugestão e na manutenção de uma atitude relativamente passiva, Ferenczi admite, em “As fantasias provocadas”, uma margem maior de direção técnica, inclusive indicando temas, tonalidades afetivas e cenas a serem imaginadas (FREUD, [1912] 2006; FERENCZI, [1924] 2011). A diferença, sublinhada pela literatura contemporânea, é que essa direção é pensada não como um “comando hipnótico”, mas como uma manobra experimental dentro de um enquadre regido por contrato, pela ética do tato e pela responsabilidade do analista em reconhecer os próprios erros – inclusive quando as fantasias evocadas não correspondem ao que havia sido previsto (DAL MOLIN, 2017).

Por fim, os comentadores brasileiros enfatizam que o texto de 1924 já contém, em germe, a passagem que se acentuará na virada de 1928–1932: a técnica deixa de se orientar apenas pela economia pulsional (diminuir resistências, abreviar o tratamento) para se ancorar cada vez mais na dimensão traumática e na necessidade de um ambiente analítico que não repita o desmentido original. “As fantasias provocadas” mostram como Ferenczi começa a deslocar a ênfase da mera interpretação de conteúdos para a construção de uma cena relacional em que hostilidade, desejo e medo possam ser vividos, nomeados e integrados sem que o sujeito seja novamente abandonado ao próprio choque (MOURA, 2021; DEAN-GOMES, 2018).

3.3 – Contraindicações da técnica ativa em Ferenczi

Ao final do ciclo de experimentações dos anos 1920, Ferenczi volta-se, em “Contraindicações da técnica ativa” ([1926] 2011), para um balanço crítico de sua própria proposta, demarcando limites, riscos e condições de uso da técnica ativa no campo psicanalítico. Antes de explicitar essas reservas, o autor recorda que a técnica ativa não é um

método autônomo, mas um dispositivo auxiliar destinado a favorecer a emergência, sob forma de repetição, de conteúdos traumáticos precoces que não podem ser simplesmente rememorados. Em texto que antecede o ensaio de 1926, ele observa que certos conteúdos patogênicos, oriundos do período pré-verbal, “não possam ser rememorados mas somente revividos no sentido da repetição freudiana”, de modo que:

a técnica ativa apenas desempenha, por conseguinte, o papel de agente provocador, cujas injunções e interdições favorecem repetições que cumpre em seguida interpretar ou reconstituir nas lembranças. ‘É uma vitória da terapêutica’, diz Freud, ‘quando se consegue libertar pela via da lembrança o que o paciente queria descarregar pela ação’. A técnica ativa não tem outra finalidade senão revelar, pela ação, certas tendências ainda latentes para a repetição e ajudar assim a terapêutica a obter esse triunfo um pouco mais depressa do que antes.” (FERENCZI, [1926] 2011, p.135).

Essa formulação já indica um primeiro limite: a ação provocada nunca é um fim em si mesma, mas um meio para reabrir o circuito entre repetição e rememoração. A técnica ativa permanece subordinada à regra fundamental e ao trabalho associativo, em continuidade com o horizonte freudiano de “recordar, repetir e elaborar” (MOURA, 2021).

No ensaio de 26, o foco desloca-se da definição do dispositivo para suas contraindicações. Ferenczi descreve as reações extremas que a técnica suscitou entre os pares: de um lado, críticas que buscavam “proteger a psicanálise” de inovações supostamente perigosas; de outro, elogios entusiásticos que a transformavam em atalho técnico, dispensando o árduo caminho da formação teórica e clínica. Em suas palavras:

“A chamada técnica ativa (...) recebeu dos meus colegas uma acolhida ora bastante crítica, ora um pouco amistosa demais. Alguns críticos se julgaram na obrigação de proteger a psicanálise das minhas inovações afirmando que, na medida em que eram aceitáveis, nada traziam de novo e, na medida em que ultrapassavam os limites dos conhecimentos bem estabelecidos, eram perigosas e, por conseguinte, deviam ser rejeitadas. Como vêm, os argumentos são os mesmos que pretendiam justificar o incêndio da biblioteca de Alexandria. As críticas, no entanto, foram-me menos desagradáveis do que os excessivos louvores de alguns jovens psicanalistas que quiseram ver na atividade a aurora de uma espécie de liberdade psicanalítica em que manifestamente se tratava, para eles, de nada menos do que suprimir a

necessidade de seguir o rude caminho da teoria psicanalítica, cada vez mais complexa; uma corajosa espadeirada ativa podia cortar de um só golpe todos os nós terapêuticos mais emaranhados.” (FERENCZI, [1926] 2011, p. 401).

O trecho é decisivo para compreender o núcleo ético das contraindicações. Ferenczi denuncia aqui tanto o conservadorismo que rechaça qualquer inovação quanto um entusiasmo que converte a técnica ativa em “espadeirada” milagrosa, capaz de resolver, por meio de intervenções espetaculares, aquilo que exigiria trabalho paciente de interpretação e elaboração. Em ambos os casos, o risco é o mesmo: desfigurar a especificidade da psicanálise, seja pela recusa de experimentar, seja pela dissolução da clínica em maneirismos ativos desligados do rigor conceitual e da escuta transferencial (FERENCZI, [1926] 2011; CÂMARA; HERZOG, 2024).

Daí decorre uma primeira contraindicação explícita: a técnica ativa não é apropriada para principiantes. Ferenczi insiste que, sem um enraizamento sólido no “método clássico, longo mas rico em ensinamentos”, o uso de injunções, proibições e convites à ação tende a deslizar para práticas pré-psicanalíticas de sugestão e autoridade. Ele escreve:

“Os principiantes devem, portanto, abster-se de iniciar sua carreira pela atividade, em vez de seguir o caminho do método clássico, longo mas rico em ensinamentos. Há aí, com efeito, um grande perigo que, aliás, indiquei por diversas vezes. [...] Nas mãos de um novato, a atividade poderia facilmente conduzir a um retorno aos procedimentos pré-psicanalíticos da sugestão e das medidas autoritárias.” (FERENCZI, [1926] 2011, p. 403).

A contraindicação é dupla: diz respeito ao nível de formação do analista e à situação clínica em que se pretende aplicar a técnica. Sem experiência suficiente na escuta da transferência, o analista corre o risco de converter o convite à ação em imposição, recolocando o paciente na cena traumática de submissão a um adulto onipotente. O que deveria funcionar como “agente provocador” da rememoração se degrada, assim, em exercício de poder, reeditando a violência e o desmentido que a própria teoria do trauma de Ferenczi se esforça por denunciar (CÂMARA; HERZOG, 2024).

Ferenczi admite, ainda, que nem mesmo a experiência protege inteiramente o analista do erro quando se trata de atividade. No mesmo texto, ele menciona as “decepções” que sofreu com o uso excessivo da técnica, o que o leva a recomendar que a análise didática leve

em conta esses recursos, não para torná-los regra, mas para que sejam avaliados criticamente, em vez de superestimados. Essa autocrítica prepara a passagem para os textos sobre elasticidade da técnica e relaxamento, nos quais a centralidade se desloca para o tato e para a confiança, e os recursos ativos passam a ser pensados como possibilidades pontuais, subordinadas à necessidade de evitar a repetição de situações traumáticas de submissão (GOMES, 2018).

A literatura contemporânea sobre Ferenczi tem sublinhado esse movimento. Dean-Gomes (2018), por exemplo, mostra como “Contraindicações à técnica ativa” é peça fundamental para compreender que, a partir da técnica ativa, emergem justamente as propostas de elasticidade e relaxamento, que marcam o período final da obra ferenciana. O autor lê o ensaio de 1926 como momento de passagem: o mesmo gesto que delimita o uso da atividade abre caminho para uma clínica do cuidado, centrada no reconhecimento do trauma e na construção de um enquadre suficientemente acolhedor para a regressão terapêutica.

Moura (2021), por sua vez, enfatiza que a própria necessidade de enunciar contraindicações decorre do caráter altamente experimental do contexto em que a técnica ativa surgiu. Em suas palavras,

a leitura literal dos relatos e métodos descritos possibilitava uma prática guiada por excessos, motivo pelo qual muitos se opuseram a ela, e também pelo que o próprio Ferenczi se ocupou em deixar diversas orientações éticas, dentre elas as principais são o respeito aos limites do paciente e à relação transferencial” (MOURA, 2021, p. 201).

O risco não está apenas em “fazer demais”, mas em fazer sem tato, isto é, sem considerar o grau de fragilidade narcísica, o tipo de organização defensiva e a história traumática do analisando. Nessas condições, as proibições e injunções podem converter-se em novo desmentido, reforçando a submissão e a identificação com o agressor em vez de abrirem espaço para sua elaboração.

A comparação com a técnica clássica freudiana ajuda a precisar esse ponto. Freud havia insistido, em textos como “Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise” e “Recordar, repetir e elaborar”, na importância de evitar tanto a sugestão quanto intervenções autoritárias que capturam o paciente na dependência ao analista (FREUD, [1912] 2006; [1914] 2006). A abstinência e a atenção flutuante visam justamente criar um campo em que a

transferência possa se desdobrar sem que o analista tome a posição de mestre do destino do analisando. Ferenczi, ao propor convites à ação, desloca parcialmente esse equilíbrio, mas o faz enfatizando que toda atividade deve ser “mediante transferência” e pensada como auxiliar da associação livre, nunca como substituto da palavra (MOURA, 2021). As contraindicações de 1926 funcionam, nesse sentido, como correção de rota: elas reaproximam a técnica ativa da ética freudiana de não-sugestão, ao lembrar que, sem esse cuidado, o analista arrisca tornar-se um novo agente de violência.

Câmara e Herzog (2024) retomam esse ponto ao observar que, um ano após certas formulações entusiasmadas, Ferenczi passa a tecer “sérias críticas à técnica ativa – críticas essas que se avolumam com o passar dos anos –, muitas delas remetendo precisamente ao sadismo e à posição de autoridade que o analista assume” (CÂMARA et al., 2023, p. 11). Em vez de descartá-la pura e simplesmente, os autores propõem que se tomem essas críticas como índice da tensão constitutiva entre experimentação e cuidado na obra ferencziana: é porque a técnica ativa expõe os limites da autoridade analítica que ela exige, ao mesmo tempo, ser estreitamente vigiada e restringida.

Por fim, as contraindicações da técnica ativa condensam a maturação de Ferenczi diante dos efeitos ambivalentes de sua proposta. Longe de relativizar a psicanálise, Ferenczi reforça a ideia de que qualquer ampliação técnica só é legítima quando permanece subordinada à ética do cuidado e à fidelidade à experiência singular do paciente traumatizado.

3.4 – Princípio de relaxamento e neocatarse

Em “Princípio de relaxamento e neocatarse” Ferenczi (1930/1992) marca um ponto decisivo na sua inflexão técnica, ao redesenhar os limites da técnica ativa e articular uma ética do cuidado centrada na economia do sofrimento, no tato e na criação de uma “atmosfera psicológica” propícia à revivência dos traumas precoces em condições de segurança relacional (OLIVEIRA, 2008). Se nos textos de 1919–1926 predominavam experimentações ativas, como intensificação da abstinência, convites à ação, interdições dirigidas, aqui o autor se interroga sobre o risco de tais procedimentos reproduzirem, na transferência, a cena traumática de submissão, deslocando o eixo da técnica para a presença afetiva do analista, sua disponibilidade e sua capacidade de “sentir com” o analisando (CÂMARA et al., 2023).

Ferenczi parte de uma autocrítica explícita: reconhece que, até então, acreditara ser legítimo “provocar artificialmente” resistências do paciente, cercando as vias de escoamento

até encurralá-lo na direção da cura, mas se pergunta se, com isso, não se infligia “mais sofrimento do que é absolutamente necessário” (FERENCZI, [1930] 1992). No artigo, afirma que é preciso introduzir um princípio de “economia do sofrimento”, que regule o uso simultâneo da frustração e do *laisser-faire*, evitando que a análise se torne uma repetição de situações traumáticas de abandono e violência simbólica (FERENCZI, [1930] 1992). Como sintetizam Câmera e colaboradores, a “economia do sofrimento” implica tentar manter “a tensão, a angústia, o sofrimento em um nível mínimo, e somente na medida em que tem uma função essencial no processo analítico” (CÂMARA et al., 2023, p. 20).

Essa virada é inseparável da segunda teoria do trauma em Ferenczi: o núcleo patogênico deixa de ser apenas a sexualidade recalculada para incluir, de forma central, a experiência de violência relacional e, sobretudo, o desmentido – a ausência de um outro que reconheça e dê sentido à dor da criança (MEDEIROS; PEIXOTO JR., 2020). Ao reler sua própria trajetória técnica, Ferenczi conclui que uma técnica excessivamente exigente, centrada na frustração, tende a reeditar, no setting, o binômio violência/desmentido, particularmente em pacientes marcados por traumas precoces massivos (OLIVEIRA, 2008). Nessa perspectiva, o “princípio de relaxamento” é pensado como resposta clínica ao sofrimento traumático, ao propor uma espécie de “imunização tardia” pela via da relação analítica: a tarefa do analista é prover, agora, aquilo que faltou outrora, sem cair em sugestão nem em gratificações indiscriminadas (PINHEIRO, 1995).

No plano conceitual, o relaxamento redefine o lugar do enquadre. Em vez de manter o paciente sob um regime rígido de regras e abstinências, Ferenczi insiste que a situação analítica deve tornar-se um espaço em que o analisando experimente “confiança” e “liberdade total” suficientes para que sintomas corporais, afetos intensos e estados modificados de consciência possam emergir sem o risco de desorganização definitiva (FERENCZI, [1930] 1992). No próprio artigo, ele descreve que, após a criação de uma atmosfera de confiança entre médico e paciente, “sintomas histéricos corporais faziam bruscamente sua aparição”, como parestesias localizadas, crises conversivas breves, vertigens e mesmo pequenas perdas de consciência, frequentemente seguidas de amnésias parciais (FERENCZI, [1930] 1992). Longe de serem interpretados como “acting out” a ser contido a qualquer custo, tais fenômenos são lidos como sinais de que o trabalho analítico tocou a “realidade etiológica” do trauma, abrindo caminho para sua elaboração (DEAN-GOMES, 2018).

O “relaxamento” não equivale, contudo, a uma permissividade ilimitada. Trata-se de um afrouxamento calculado das exigências técnicas, orientado pela economia do sofrimento e pelo tato, de modo a não transformar a análise em cenário de repetições traumáticas desassistidas (FERENCZI, [1928] 1992; FERENCZI, [1930] 1992). Câmera e colaboradores sublinham que o relaxamento se articula à noção de “sentir com”: é deixando-se afetar pelos afetos do paciente e circulando com ele “uma zona em comum” que o analista pode discernir os limites móveis entre um sofrimento produtivo e um sofrimento inútil, que apenas reitera o desamparo (CÂMARA et al., 2023, p. 20). Quando a sessão se torna “muito pesada”, Ferenczi recomenda flexibilizar as regras habituais, como prolongando o tempo, utilizando recursos de relaxamento corporal para dissipar tensões recalcitrantes, em vez de insistir, de forma cega, na frustração (CÂMARA et al., 2023).

A ligação entre relaxamento e trauma torna-se ainda mais clara quando o artigo é lido em continuidade com “A criança não acolhida e seu impulso de morte” (1929), onde Ferenczi afirma que a força vital da criança é frágil e depende de uma “imunização progressiva” contra atentados físicos e psíquicos, o que só pode ocorrer “por meio de um tratamento e uma educação conduzidos com tato” (FERENCZI, [1929] 1992, p.50). Na ausência de tal cuidado, o sujeito pode perder “precocemente o gosto pela vida” e aproximar-se de uma espécie de morte psíquica, marcada por anestesia afetiva e retraimento (MELLO; HERZOG, 2009). O princípio de relaxamento retoma esse diagnóstico na esfera da técnica: diante de pacientes que chegam “velhos demais” em termos de desamparo, o analista deve tornar-se, por um tempo, o adulto que faltou, oferecendo uma experiência de cuidado suficientemente boa para que a pulsão de morte, ligada ao abandono original, encontre novas vias de ligação (FERENCZI, [1929] 1992; FERENCZI, [1930] 1992; OLIVEIRA, 2008).

É nesse ponto que Ferenczi introduz a noção de neocatarse. Em um trecho decisivo do artigo, ele confessa que, a princípio, ficou “desconcertado” ao perceber que, após um longo percurso de análise das resistências, da psicologia do ego e da metapsicologia, chegava, em última instância, à “boa e velha amabilidade” com o paciente e à catarse (FERENCZI, [1930] 1992, p.63). Em seguida, esclarece que há “uma diferença imensa” entre as erupções emocionais fragmentárias do antigo tratamento catártico e a catarse que observa ao final das análises baseadas no relaxamento: esta funciona como uma confirmação oriunda do inconsciente, um sinal de que o trabalho de construção e de manejo da transferência alcançou efetivamente a etiologia traumática (FERENCZI, [1930] 1992). Ao reservar o prefixo “neo”

para essa forma de catarse, Ferenczi sugere justamente que se trata de uma ab reação sob novas condições: a descarga afetiva não é um fim em si, mas um momento de um processo em que o trauma é revivido e ressignificado na presença de um outro confiável.

Comentadores como Oliveira e Dal Molin destacam que a neocatarse ferencziana só é possível sobre o pano de fundo da “atmosfera psicológica” criada pelo relaxamento (OLIVEIRA, 2008; DAL MOLIN, 2016/2017). Na leitura de Oliveira, o objetivo é tornar possível que os traumas da primeira infância sejam reexperimentados em “uma situação distinta da ocorrida no passado”, evitando tanto a retraumatização quanto o desmentido (OLIVEIRA, 2008). Em vez de exigir que o paciente apenas recorde ou interprete, Ferenczi admite que certos núcleos traumáticos só se tornam acessíveis quando encontram, na relação, um espaço em que possam ser sentidos com intensidade, mas sem o risco de aniquilação subjetiva. A catarse não é mais a técnica básica da psicanálise, como nas origens, e sim o resultado de um trabalho de longo curso que inclui elasticidade, tato e, sobretudo, reconhecimento da realidade traumática.

A síntese proposta por Clara Thompson ajuda a esclarecer essa articulação. Ao descrever a aplicação do princípio de relaxamento e da neocatarse em casos de “crianças obedientes”, Thompson afirma que, quando o paciente sofreu grande privação de amor na infância, é necessário que o analista providencie uma “espécie de adoção”, oferecendo alguma experiência de amor infantil antes que o sujeito possa perceber o que perdeu. Essa adoção se traduz em uma atitude mais pessoal que a descrita na técnica clássica: o paciente não é desencorajado em relação a um sentimento de amistosidade natural, e o analista admite seu interesse genuíno pelo caso, sem abdicar da responsabilidade técnica (THOMPSON, 1950/1976 apud DEAN-GOMES, 2018, p.205). Ao mesmo tempo, essa presença afetiva se articula à exigência de manter, no horizonte, a elaboração dos traumas, de modo a que a relação de confiança não se converta em mera gratificação.

O princípio de relaxamento e a neocatarse emergem, assim, como tentativa de reenraizar o método psicanalítico numa ética da hospitalidade ao sofrimento, sem abandonar o rigor teórico. Ele sintetiza a crítica ao tecnicismo, restabelece um diálogo criativo com a pré-história catártica da psicanálise e inaugura uma ética do cuidado que continua a orientar, até hoje, a clínica do trauma e de seus efeitos desestruturantes.

3.5 – “Análise de crianças com adultos” (1931): a criança no adulto e a comunidade de destino

No texto “Análises de crianças com adultos” ([1931] 2011), Ferenczi aprofunda a dimensão técnica e ética de uma clínica do trauma em que o adulto é compreendido como portador de uma infância ainda ativa e pouco simbolizada. Nele, Ferenczi radicaliza a hipótese, já presente em Freud, de que toda análise é, em última instância, análise do infantil, deslocando o foco de uma leitura predominantemente intrapsíquica para a consideração das relações de poder, dependência e vulnerabilidade que marcam o laço entre adultos e crianças (FERENCZI, [1931] 1992; GONDAR, 2012). Em vez de propor simplesmente uma técnica de análise de crianças, o autor interroga a criança que existe no adulto e o modo como o analista pode encontrá-la, acolhê-la e, pouco a pouco, restaurar sua confiança.

Na obra são mencionados estados de “alienação traumática infantil” que se reatualizam no curso da análise e que se manifestam tanto no corpo quanto na relação: comas psíquicos, anestesias localizadas, sensações de morte iminente e comportamentos aparentemente enigmáticos são recolocados em cena sob a forma de crises regressivas, das quais o paciente desperta sem saber “o que se passou”, restando apenas um sintoma deslocado, como a dor de cabeça habitual ou uma claudicação súbita. Nessas situações, a análise revela “formalmente como se criam os lugares de predileção dos sintomas”, mostrando o caminho pelo qual o sofrimento global é recalculado e condensado em um órgão ou gesto: a mão “de palidez cadavérica”, o dedo que obriga o paciente a “tomar todo o cuidado antes de dar um passo” simbolizam, em miniatura, o conjunto da catástrofe vivida na infância (FERENCZI, [1931] 2011).

Kupermann observa que, já no caso Hans, Freud conclui não ter aprendido “nada de novo” com a análise, porque tudo o que surge ali confirma a centralidade do infantil para a compreensão da neurose (FREUD, 1909/1980 apud KUPERMANN, 2008). A partir daí, o comentador resume uma intuição que se tornará decisiva para Ferenczi: “toda análise é, em última instância, análise do infantil; basta raspar o adulto, e mesmo a criança, e o que se encontra é sempre o infantil” (KUPERMANN, 2008, p. 187). Assim, o projeto de “análise de crianças com adultos” não se reduz a adaptar a técnica infantil à clínica de adultos, mas a reconhecer que, mesmo no adulto mais sofisticado, é o nível infantil (ferido, não reconhecido, muitas vezes desmentido) que insiste e pede escuta.

Ferenczi também situa seu trabalho no contexto da história da psicanálise, reconhecendo a precedência das analistas de crianças (von Hug-Hellmuth, Anna Freud, Melanie Klein) e de Aichhorn, com suas experiências com jovens infratores (FERENCZI, [1931] 1992). É neste contexto que ele recorda a “ideia de começar a análise de crianças com uma espécie de jogo infantil” e ressalta quanto a prática com crianças obrigou a repensar o enquadre, a regra fundamental e o manejo transferencial. Kupermann sublinha que, em Ferenczi, essa interlocução com a psicanálise infantil não leva à criação de uma técnica setorial para um “novo público”, mas à reformulação da própria clínica de adultos: trata-se de tornar-se capaz de falar a “linguagem da ternura” com o infantil de qualquer analisando, sem perder o rigor da escuta (KUPERMANN, 2008).

Um dos núcleos teóricos e técnicos do texto é a formulação, a partir da experiência com pacientes gravemente traumatizados, de que a relação analítica pode ser pensada como uma espécie de jogo de crianças entre o analista e a criança que existe no adulto. Gondar (2012) escreve:

O que implica também o reconhecimento da própria vulnerabilidade. Em nenhum lugar isso fica mais claro do que na proposta, feita por Ferenczi, de analisar a criança que existe no adulto. E como se chega a ela? Através da criança que existe no analista, ele responde. O analista abre mão do lugar verticalizado de suposto saber para arriscar situar-se na mesma linha em que a criança que existe em seu paciente também está. “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, 1932/1990, p. 91 apud GONDAR, 2012, p.203)

Ao caracterizar a cena analítica nesses termos, Ferenczi desloca o eixo da técnica clássica freudiana, fortemente organizada em torno da assimetria entre o adulto-sujeito e o analista como suposto saber, para uma perspectiva que introduz uma horizontalização relativa do vínculo. Como apontará Gondar, ao comentar esse mesmo trecho, há aqui a suposição de uma “comunidade de destino” entre analista e paciente: duas crianças igualmente assustadas que compartilham a precariedade e podem, justamente por isso, confiar uma na outra (GONDAR, 2012).

A noção de “comunidade de destino”, retomada por Gondar a partir de Bosi (1995), permite explicitar a dimensão política da proposta ferenciana: não se trata mais de uma comunidade de origem, fundada em laços de sangue e hierarquias fixas, mas de um laço horizontal em que “um grupo de pessoas pode reunir-se, sem lideranças ou certezas prévias, para discutir ou construir seu próprio destino” (BOSI, 1995, p. 37 apud GONDAR, 2012, p. 203). Ferenczi descreve a análise de crianças com adultos de maneira análoga: a consciência dessa comunidade de destino permitiria que os parceiros “possam confiar com toda tranquilidade”, recompondo uma confiança rompida nas relações anteriores com figuras de autoridade (FERENCZI, [1931] 1992 apud GONDAR, 2012). Nessa perspectiva, o analista é chamado a abdicar, ao menos em parte, do lugar verticalizado do “pai da horda” para apresentar-se como parceiro vulnerável, também portador de feridas e “próprios pecados” (GONDAR, 2012).

A partir dessa reconfiguração da posição analítica, “Análises de crianças com adultos” também aprofunda a compreensão ferenciana do trauma. O texto é um dos lugares em que aparece, de modo mais nítido, a articulação entre violência e desmentido como eixos da cena traumática. Em seu estudo sobre o trauma em Ferenczi e seus desdobramentos em Balint e Winnicott, Medeiros e Peixoto Jr. (2020) destacam justamente que, já em 1931, o psicanalista húngaro explicita o papel decisivo do ambiente / desmentido na constituição do traumatismo. Comentando o artigo, eles citam o seguinte trecho: “O pior é realmente a negação, a afirmação de que não aconteceu nada, de que não houve sofrimento ou até mesmo ser espancado e repreendido quando se manifesta a paralisia traumática do pensamento ou dos movimentos; é isso, sobretudo, o que torna o traumatismo patogênico.” (FERENCZI, 1931/2011, p. 91).

A partir disso, Kupermann propõe ler o *Verleugnung* ferenciano como “descrédito”; não se nega apenas o fato, mas a própria condição de sujeito da criança; o termo ajudaria a enfatizar a tamanha importância do ambiente nesse processo. Trata-se de um fenômeno paradoxal que deve ser lido tanto na voz ativa (o descrédito exercido pelo adulto, que desautoriza o testemunho infantil) quanto na voz passiva (o descrédito sofrido pela criança, internalizado depois como desautorização de suas próprias percepções) (KUPERMANN, 2008). Essa leitura se apoia, por um lado, no texto de Ferenczi e, por outro, nos relatos clínicos contemporâneos, em que se evidencia, segundo o autor, “a insuportabilidade de estar

dante da dor de uma criança” por parte dos adultos, o que contribui para a perpetuação do desmentido (KUPERMANN, 2008).

Nesse contexto, “analisar a criança com adultos” significa, entre outras coisas, construir uma situação em que o desmentido possa ser revertido. Ao contrário das figuras parentais que negaram ou minimizaram o sofrimento, o analista é convocado a reconhecer a vulnerabilidade infantil e, simultaneamente, a reconhecer a própria vulnerabilidade. Gondar sintetiza esse ponto ao afirmar que, em Ferenczi, não se trata de um “desamparo em si”, estruturalmente dado, mas de uma vulnerabilidade na relação com o outro, dependente de um “reasseguramento constante” que deve ser oferecido por um ambiente suficientemente confiável (GONDAR, 2012). Tal concepção está em estreita continuidade com os desenvolvimentos sobre trauma, clivagem e “bebês sábios” elaborados por Mello, Feres-Carneiro e Magalhães, para quem o intelecto hipertrofiado pode funcionar como substituto do cuidado parental.

Dessa perspectiva, o intelecto se transforma em um substituto do cuidado parental e a criança renuncia a qualquer esperança de ajuda alheia. Dito de outro modo, a inteligência se ocupa do autocuidado, livrando a criança do perigo de estar à mercê de adultos pouco confiáveis, com os quais não se sente em segurança. (MELLO et al., 2019, p. 9).

Ao enfatizar essa configuração, os autores mostram como o texto de 1931 articula a dimensão técnica (a necessidade de ajustar o enquadre à criança que emergiu na regressão) à dimensão ética e política (o reconhecimento do lugar do outro na produção do sofrimento). Para Mello et al. (2019), “Análise de crianças com adultos”, lida em conjunto com “Confusão de línguas entre os adultos e a criança” e com o *Diário clínico*, permite refinar a sensibilidade necessária para escutar o sofrimento quase inaudível dos chamados “bebês sábios”, cuja precocidade intelectual esconde uma “impossibilidade de habitar o repouso e o tempo da infância” (MELLO; FÉRES-CARNEIRO; MAGALHÃES, 2019, p. 3).

Do ponto de vista técnico, portanto, “Análises de crianças com adultos” consolida um movimento iniciado com a técnica ativa e reorientado pela ética do cuidado de 1928–1932. A relação analítica é pensada como espaço em que o infantil pode reaparecer sob a forma de jogo, regressão e dependência, com a condição de que o analista se disponha a “descer” à posição de parceiro, sem abdicar de sua responsabilidade. É isso que torna possível a experiência de uma comunidade de destino entre duas crianças igualmente assustadas, em

que, diferentemente do trauma original, alguém responde, testemunha e acolhe a dor (GONDAR, 2012; KUPERMANN, 2008). Em última instância, a proposta de Ferenczi aponta para uma redefinição do próprio objetivo da análise: menos a conquista de um saber supostamente neutro sobre o inconsciente, e mais a construção de um laço em que o infantil traumatizado possa, enfim, ser crido, reconhecido e sustentado em sua busca de reparação.

Nesse ponto, torna-se possível explicitar com mais nitidez o lugar de “*Análises de crianças com adultos*” no interior da teoria ferenciana do trauma. Ao descrever estados de “alienação traumática infantil” que se reatualizam na análise sob a forma de comas psíquicos, anestesias, colapsos do pensamento e crises regressivas, Ferenczi oferece uma clínica em que os sintomas são lidos como marcas de experiências em que a criança foi exposta a um excesso de excitação ou de desamparo e, sobretudo, ao desmentido de sua vivência pelo adulto (GONDAR, 2012). Como sublinham Medeiros e Peixoto Junior (2020) e Dal Molin (2017), o traumatismo patogênico não se reduz ao acontecimento violento, mas à sequência em que a criança, buscando confirmação do que lhe ocorreu, vê sua percepção desacreditada, sua dor minimizada ou ridicularizada; é esse segundo tempo, marcado pela recusa de testemunho, que cristaliza clivagens, identificações com o agressor e a hipertrofia de funções intelectuais cuidadoras descritas, mais recentemente, na figura dos “bebês sábios” (MELLO; FÉRES-CARNEIRO; MAGALHÃES, 2019). O texto de 1931 torna-se, assim, um laboratório em que Ferenczi articula a escuta dessas configurações traumáticas precoces à construção de um enquadre suficientemente plástico para que a criança sobrevivente que habita o adulto possa aparecer, ser acreditada e encontrar, na resposta do analista, um primeiro esboço de reparação.

Se acompanhamos o percurso técnico reconstruído ao longo deste capítulo, vemos que essa concepção ampliada de trauma é o verdadeiro motor das inflexões introduzidas por Ferenczi a partir de 1928. A revisão crítica da técnica ativa e a formulação da elasticidade da técnica psicanalítica já pressupõem que, em muitos casos, o que retorna na transferência não é apenas um conflito intrapsíquico, mas a reencenação de falhas de acolhimento e de experiências de desmentido, que correm o risco de ser reiteradas por uma postura excessivamente abstinente ou distante do analista (DEAN-GOMES, 2018). Nessa direção, o princípio de relaxamento e a neocatarse, a ênfase nas regressões como via de “novo começo” e a aposta numa certa mutualidade e horizontalização do vínculo clínico podem ser lidos como tentativas de instaurar, no presente da análise, uma experiência antitraumática, em que a

palavra do paciente não é de novo colocada em dúvida, mas acolhida com tato, empatia e responsabilidade compartilhada (GONDAR, 2012; MEDEIROS; PEIXOTO JUNIOR, 2020). Relida à luz desses deslocamentos, “*Análises de crianças com adultos*”, em continuidade com “*A criança mal acolhida e sua pulsão de morte*” e “*Confusão de línguas entre os adultos e a criança*”, não apenas explicita o lugar do trauma na teoria, como reorganiza o centro de gravidade da técnica: de um dispositivo centrado na interpretação e na neutralidade para uma clínica construída sobre a confiança mútua e sobre a comunidade de destino entre analista e analisando, na qual o infantil traumatizado pode, enfim, ser crido, reconhecido e sustentado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta monografia teve como objetivo central analisar as contribuições de Sándor Ferenczi para o entendimento do trauma na psicanálise, em diálogo crítico com a obra de Freud e com comentadores contemporâneos, destacando as repercussões teóricas, técnicas e éticas dessa releitura. Partiu-se da hipótese de que Ferenczi, ao recolocar a ênfase na realidade das vivências traumáticas e na falha do ambiente em reconhecê-las, reconfigura o lugar do trauma no campo psicanalítico e convoca uma transformação da própria prática clínica (FERENCZI, 1990; 1992).

Nesse percurso, evidenciou-se, em primeiro lugar, que a psicanálise nasce de uma interrogação sobre o trauma. Em Freud, a passagem da teoria da sedução para a concepção de trauma em dois tempos e, posteriormente, para a formulação da compulsão à repetição e da pulsão de morte, desloca o foco de um acontecimento externo isolado para uma dinâmica estrutural do funcionamento psíquico, na qual a temporalidade e a significação ocupam lugar central (ISOTTON; DONELLI, 2023). Ferenczi, sem romper com essa herança, reabre a questão da realidade traumática ao insistir na centralidade da cena relacional concreta, marcada por assimetria, dependência e vulnerabilidade, e ao recolocar a criança – real e interna – como polo privilegiado de escuta e de elaboração (KUPERMANN, 2019; COELHO JUNIOR, 2021).

A partir dessa inflexão, o trauma deixa de ser pensado apenas como choque econômico ou como destino pulsional para ser concebido como evento-relacional, articulado a uma cena em dois tempos: a violência e o desmentido. Ferenczi mostra que o que torna o traumatismo verdadeiramente patogênico não é apenas a intensidade do acontecimento, mas a recusa subsequente de reconhecimento; aquilo que Gondar sintetiza como “o que se desmente não é o evento, mas o sujeito” (GONDAR, 2012, p. 196). Desse modo, conceitos como confusão de línguas, identificação com o agressor, clivagem narcísica e “criança não acolhida e sua pulsão de morte” passam a compor uma verdadeira teoria traumatogênica, em que a falência do ambiente e a perda de um outro confiável funcionam como eixo de amarração entre economia pulsional, constituição do self e destino da agressividade (MELLO; FÉRES-CARNEIRO; MAGALHÃES, 2019).

Um dos ganhos conceituais mais importantes desse percurso consiste em relativizar a ideia de um desamparo exclusivamente estrutural, enfatizando a vulnerabilidade produzida na relação

com o outro. Como mostram Gondar (2012) e Coelho Junior (2021), a criança não é apenas “constitucionalmente desamparada”, mas exposta a uma precariedade que pode ser atenuada ou agravada conforme a qualidade do cuidado recebido: presença ou ausência de testemunho, capacidade ou recusa de se comover, oferta ou não de palavras para o inominável. Quando prevalecem a indiferença, o desmentido e o “*katonadolog*” – o “meninos não choram” húngaro –, instala-se uma economia de preservação com pouco sentir, marcada pela clivagem entre um fragmento sensível, “brutalmente destruído”, e outro que “sabe tudo, mas nada sente” (FERENCZI, [1931] 1992; Diário clínico, [1932] 1990; GONDAR, 2012).

Ao mesmo tempo, a leitura de “A criança não acolhida e sua pulsão de morte” permitiu problematizar a articulação entre trauma e negatividade. Longe de postular um instinto de morte inato e isolado, Ferenczi mostra como a tendência ao inorgânico se intensifica quando o ambiente retira investimento e falha em imunizar a criança por meio de um “tratamento e uma educação conduzidos com tato”, isto é, por meio de relações que ofereçam amparo, inscrição simbólica e alguma previsibilidade (FERENCZI, [1929] 1992; [1930] 1992; HERZOG; PACHECO-FERREIRA, 2015). Essa hipótese permite compreender por que, em muitos casos, a sofisticação interpretativa pouco desloca o sofrimento: sem ambiente confiável, a palavra do analista permanece sem destino afetivo, e o sujeito se organiza em torno de formas de sobrevivência que combinam apatia, hiperadaptação e inteligência precoce; o “*bebê sábio*” descrito por Ferenczi e retomado por Mello e colaboradores como figura paradigmática da clivagem e da progressão intelectual sob choque (MELLO; FÉRES-CARNEIRO; MAGALHÃES, 2019).

Nesse ponto, as inovações técnicas estudadas ganham grande relevância. A técnica ativa, as fantasias provocadas, as reflexões sobre suas contraindicações, o princípio de relaxamento, a neocatarse e a proposta de “análises de crianças com adultos” mostram um analista continuamente confrontado com os limites da técnica clássica diante de pacientes traumatizados, muitas vezes “ausentes de si mesmos” e presos a formas de repetição silenciosa evidenciou como esses deslocamentos técnicos amadurecem em direção a uma ética do cuidado: a atuação deixa de ser um fim em si mesma e passa a ser subordinada ao tato, à elasticidade e à construção de uma atmosfera de confiança que funcione como experiência antitraumática, evitando que o enquadre reedite o duplo impacto de violência e desmentido (AVELAR, 2013).

Do ponto de vista ético-político, o diálogo com Gondar (2012) permitiu ainda alargar o campo de incidência da teoria do trauma e do desmentido, mostrando sua pertinência para pensar situações de trauma social, desastres e violências coletivas nas quais se combinam catástrofes objetivas e recusa institucional de reconhecimento. Ao destacar a noção de “comunidade de destino” e a horizontalização parcial da relação analítica, Ferenczi antecipa uma clínica que não se ancora no lugar de saber do analista, mas na partilha de vulnerabilidade e na responsabilidade mútua em não repetir a cegueira adulta em relação ao sofrimento infantil. (GONDAR, 2012).

Este trabalho apresenta limites que abrem campo para desdobramentos futuros. A opção por um recorte centrado em Freud e Ferenczi, embora necessária para garantir a coerência interna do percurso, restringiu a exploração de diálogos mais aprofundados com autores que deram sequência à problemática do trauma relacional, como Balint, Winnicott, Laplanche e a psicanálise contemporânea do apego, já apontados por Medeiros e Peixoto Junior (2020). Do mesmo modo, apenas foram insinuadas, e não desenvolvidas, as consequências da teoria ferencziana do desmentido para os debates atuais sobre traumas de gênero, raça e classe, bem como para a discussão sobre formação analítica, análise mútua e as fronteiras entre neutralidade e implicação do analista (GONDAR, 2012; COELHO JUNIOR, 2021). Investigações futuras poderiam articular de modo mais sistemático essas dimensões, assim como confrontar a proposta ferencziana com pesquisas empíricas recentes sobre trauma cumulativo, abusos institucionais e clínica com sobreviventes de catástrofes.

Em síntese, os resultados aqui alcançados sustentam a tese de que Ferenczi recoloca o trauma no centro da psicanálise ao enfatizar sua dimensão ético-relacional e ao propor uma prática clínica que, mais do que interpretar, se compromete a não repetir o desmentido original, oferecendo reconhecimento, testemunho e uma “comunidade de destino” ao infantil traumatizado que reaparece no adulto (GONDAR, 2012). Nesse sentido, a leitura de Ferenczi convida a uma clínica do sensível, na qual o rigor conceitual não se separa do cuidado com a forma de dizer, da responsabilidade pelos efeitos do enquadre e do compromisso em sustentar, junto ao paciente, a possibilidade de que o trauma deixe de ser apenas repetido para ser, pouco a pouco, simbolizado e partilhado (MELLO; HERZOG, 2009).

REFERÊNCIAS

AVELAR, A. *Trauma e prática clínica: um percurso entre Freud e Ferenczi*. Rio de Janeiro: [Instituição], 2013. (AVELAR, 2013).

CABRÉ, L. M. Autenticidad y reciprocidad: um diálogo con Ferenczi. Buenos Aires: Biebel, [2017] 2017.

CÂMARA, L., & Herzog, R. (2024). Ferenczi e a técnica ativa: experimentação e expressão. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 75, e008

COELHO JUNIOR, N. E. “Dimensões clínicas do trauma e do desamparo”. In: CAMPOS, É. B. V.; BOCCHI, J. C.; LOFFREDO, A. M. (org.). *Psicanálise em face ao desamparo e seus destinos*. São Paulo: UNESP, 2021, p. 161–192. (COELHO JUNIOR, 2021).

DAL MOLIN, Eugenio Canesin. Trauma, silêncio e comunicação [Trauma, silence and communication]. In: FRANÇA, Cassandra Pereira (org.). Ecos do silêncio: reverberações do traumatismo sexual. São Paulo: Blucher, 2017. p. 63-86.

FERENCZI, S. “As fantasias provocadas” [1924a]. In: _____. *Obras completas*. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

FERENCZI, S. Análise de crianças com adultos. In: FERENCZI, S. *Obras completas: Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes, [1931] 1992.

FERENCZI, S. Confusão de línguas entre os adultos e a criança. In: FERENCZI, S. *Obras completas: Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes, [1933] 1992.

FERENCZI, S. “Contraindicações da técnica ativa” [1926]. In: _____. *Obras completas: Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

FERENCZI, S. Diário clínico. São Paulo: Martins Fontes, [1932] 1990.

FERENCZI, S. “Dificuldades técnicas de uma análise de histeria” [1919]. In: _____. *Obras completas: Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes, 1993. (Utilizado via sínteses/textos reunidos).

FERENCZI, S. Elasticidade da técnica psicanalítica. In: FERENCZI, S. *Obras completas: Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes, [1928] 1992.

FERENCZI, S. “Princípio de relaxamento e neocatarse” [1930]. In: _____. *Obras completas: Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

FERENCZI, S. “Prolongamentos da técnica ativa” [1920]. In: _____. *Obras completas: Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

FERENCZI, S. Reflexões sobre o trauma. In: FERENCZI, S. *Obras completas: Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes, [1931–1932] 1992.

FERENCZI, S. O sonho do bebê sábio. In: FERENCZI, S. *Obras completas: Psicanálise III*. São Paulo: Martins Fontes, [1923] 2011.

FREUD, Sigmund. *A interpretação dos sonhos* (1900). São Paulo: Companhia das Letras, 2019. (Obras completas, v. 4).

FREUD, Sigmund. *Além do princípio do prazer* (1920). *Obras completas*, v. 14. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, Sigmund. *Análise fragmentária de uma histeria (O caso Dora)* (1901/1905). . *Obras completas*, v. 6. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

FREUD, Sigmund. *Carta a Wilhelm Fliess de 21 de setembro de 1897. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. 1. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

FREUD, Sigmund. *Formulações sobre os dois princípios do funcionamento psíquico* (1911). *Obras completas*, v. 10. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, Sigmund. História de uma neurose infantil, O homem dos Lobos e outros textos (1917-1920). *Obras Completas*, v. 14. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, Sigmund. *Inibição, sintoma e angústia* (1926). *Obras completas*, v. 17. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

FREUD, Sigmund. *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (O caso Schreber)*(1911). *Obras completas*, v. 10. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, Sigmund. *O Eu e o Id, e outros textos* (1923-1925). *Obras Completas*, v. 16. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

FREUD, Sigmund. *O mal-estar na civilização* (1930). *Obras completas*, v. 18. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, Sigmund. *Recordar, repetir e elaborar* (1914). *Obras completas*, v. 10. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, Sigmund. *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905). São Paulo: Companhia das Letras, 2016. (Obras completas, v. 6).

GOMES, Gustavo Dean. Sándor Ferenczi e seus interlocutores: silenciamento, desenvolvimento e disputa. 2024. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2024.

GONDAR, J. “Ferenczi como pensador político”. *Cadernos de Psicanálise-CPRJ*, v. 34, n. 27, p. 193–210, 2012. (GONDAR, 2012).

HERZOG, R.; PACHECO-FERREIRA, F. Trauma e pulsão de morte em Ferenczi. *Ágora* (Rio de Janeiro), v. XVIII, n. 2, p. 181–194, [2015] 2015.

ISOTTON, R.; DONELLI, T. M. Considerações sobre a teoria do trauma em Freud e Ferenczi. *Estudos de Psicanálise*, n. 60, p. 147–158, 2023.

KUPERMANN, Daniel. Sándor Ferenczi e a criança nos adultos. *Estilos clin.*, São Paulo , v. 24, n. 2, p. 178-181, ago. 2019.

LAPLANCHE, Jean. *Vida e Morte em Psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1985.

MEDEIROS, Eduardo Cavalcanti de. A problemática do trauma: aspectos teóricos e clínicos. 2020. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

MEDEIROS, Eduardo Cavalcanti de; PEIXOTO JUNIOR, Carlos Augusto. O trauma em Ferenczi e seus desdobramentos nas obras de Balint e Winnicott: regressões em análise e seu manejo clínico. *Tempo Psicanalítico*, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p. 271–298, 2020.

MELLO, R.; HERZOG, R. Trauma, clivagem e anestesia: uma perspectiva ferenciana. Arquivos Brasileiros de Psicologia, v. 61, n. 3, p. 68–74, 2009.

MELLO, R.; FÉRES-CARNEIRO, T.; MAGALHÃES, A. S. Trauma, clivagem e progressão intelectual: um estudo sobre o bebê sábio ferenciano. Psicologia em Estudo, v. 24, 2019.

OLIVEIRA, Marcos de Moura. Contribuições da técnica ativa para a clínica psicanalítica. Cad. psicanal., Rio de Janeiro , v. 43, n. 44, p. 191-202, jun. 2021.

PERON, P. R. *Ferenczi e a técnica ativa: um estudo*. 2006. (Artigo acadêmico).

PINHEIRO, T. Ferenczi: do grito à palavra. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, [1995] 1995.

VERZTMAN, J. S. O observador do mundo: a noção de clivagem em Ferenczi. Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica, v. 5, n. 1, p. 59–78, 2002.