

CLÍNICA PSICANALÍTICA

# A escuta analítica e as suas vicissitudes<sup>1</sup>

Maria Fernanda Gonçalves Alexandre<sup>2</sup>

1

Artigo recebido em 11 de Março de 2019 e aceite para publicação em 28 de Março de 2019.

2

Psicóloga Clínica e da Saúde, psicoterapeuta e psicanalista. Membro titular, com funções didácticas, da Sociedade Portuguesa de Psicanálise (SPP) e da Associação Internacional de Psicanalistas (IPA). E-mail: mfaalexandre@mail.telepac.pt

## RESUMO

Tentamos mostrar que a escuta analítica se constrói a partir de dois inconscientes — o do analista e o do paciente —, produzindo, assim, um campo psíquico onde ressaltam e se mostram as qualidades das diferentes ligações entre a dupla analítica. O próprio processo analítico amplia as diferentes qualidades da escuta, o que permite ter acesso a uma comunicação não verbal da relação. Assim, o analista pode alojar no seu interior, através de identificações projectivas, sobretudo com pacientes difíceis, certos aspectos destrutivos da mente do paciente. Nestas circunstâncias, a escuta analítica torna-se pobre e de difícil compreensão. Através da apresentação de algum material clínico, sublinha-se como a destrutividade do paciente pode ser projectada no interior do analista. Desta forma, a experiência clínica mostra-nos que a análise da contratransferência se apresenta com duas faces distintas: uma como um obstáculo que precisa de ser analisado, e outra como um instrumento que poderá facilitar o desenvolvimento do processo da dinâmica analítica.

## PALAVRAS-CHAVE

**Vicissitudes da escuta analítica**  
**O encontro analítico**  
**Relação de campo**

«A prática da análise é o único espaço onde se pode ler as pessoas, os livros não oferecem essa possibilidade.»

Wilfred R. Bion (1974, p. 64)

A escuta analítica tem a particularidade de ser construída e desenvolvida a partir da ligação entre dois inconscientes — o do analista e o do paciente —, criando assim uma dinâmica específica de campo que integra e organiza um funcionamento psíquico específico dessa relação. Freud (1972 [1912]), a propósito desta questão, sublinhou que o analista «deve voltar o seu próprio inconsciente, como um órgão receptor na direcção do inconsciente transmissor do paciente». Destacou ainda que «o inconsciente do analista é capaz, a partir dos derivados do inconsciente que lhe são comunicados, de reconstruir esse inconsciente, que determinou as associações livres do paciente». O encontro de dois inconscientes cria um espaço ou um campo onde, segundo este autor, se deve

simplesmente escutar sem a preocupação de que, eventualmente, possam ocorrer recordações distintas do material apresentado pelo paciente. Freud (1972 [1940]), num trabalho posterior sobre esta mesma questão, destaca que, quando recolhemos material clínico para fundamentar o nosso trabalho, nos inspiramos numa variedade de fontes que passam pelas informações dadas pelos pacientes, pelas associações livres, pelas interpretações dos sonhos, pelo trabalho da transferência e da contratransferência, de forma que todo esse material nos ajude a fazer construções — pensamos nós — a partir do «aqui e agora» da relação.

Assim, na sequência destas questões ligadas à dinâmica da relação analítica, Bion (1974) considerava que «a experiência emocional» partilhada estaria na origem da nossa capacidade de pensar. Na verdade, a nossa experiência clínica, sobretudo com casos difíceis, está em sintonia com a investigação deste psicanalista principalmente quando sublinha que a situação analítica acentua

e amplia os sentimentos mais primitivos quer no paciente, quer no analista. Desta forma, o próprio processo analítico desenvolve, destaca e amplia as qualidades das ligações que se constroem entre as pessoas — naturalmente, também com o analista —, privilegiando especificamente a qualidade da relação, do elo e das transferências particulares desse paciente.

Também a experiência clínica nos mostra que, com certos pacientes, o analista, contratransferencialmente, pode viver certas «flutuações na sua capacidade de pensar» (Bion, W. R., 1962) e de escutar, ficando dessa forma impossibilitado de elaborar acerca da qualidade dos afectos que lhe são apresentados. A sua escuta torna-se pobre e pode ser invadida, momentaneamente, pela turbulência da realidade externa, impedindo que contacte com o seu mundo interno na sua ligação com o do paciente. Nestas circunstâncias, os silêncios da dupla analítica podem funcionar como *enactments*, que atacam a figurabilidade do pensamento e «se escondem num manto de invisibilidade verbal» (Akhtar, S., 2012), que encobre uma paralisação do funcionamento do campo analítico. Neste mesmo sentido, certos trabalhos de investigação clínica mostram como, em fases difíceis do processo analítico, os pacientes projectam partes internas deles próprios no analista, transformando a dinâmica da relação numa espécie de deserto onde não existem palavras nem pensamentos. Só a dor que não pode ser representada é que espregueia e ocupa o espaço analítico.

É de assinalar igualmente que com certos pacientes se torna notório que não são propriamente as palavras ditas que influenciam a comunicação entre paciente e analista, mas preferencialmente o eco do estado anímico. A comunicação não verbal funciona, para alguns pacientes, como um esconderijo onde, metaforicamente, se abrigam — uma forma de «retraimento psíquico» (Steiner, J., 1993) —, e onde dificilmente podem ser encontrados. A propósito desta questão, Irma Pick (2018) salienta que alguns pacientes só escutam o estado de espírito, a tonalidade ou musicalidade da relação, mas não são capazes de ouvir verdadeiramente as palavras do analista. Para esta autora, o humor e a atmosfera da comunicação podem ser muito mais importantes do que as próprias palavras. Também neste mesmo sentido, Betty Joseph (1975, 1988, 1992) mostrou como na clínica podemos ser enganados pelas palavras do paciente se não tivermos atentos aos afectos que circulam na relação. Irma Pick (2018) sublinha que a narrativa dos pacientes está dominada pelas configurações internas das suas fantasias, que contêm experiências antigas, mas também actuais, e que podem ser vividas no aqui e agora da relação. Esta mesma autora acentua que

a constante projecção do paciente no analista é a essência da análise e que toda a interpretação tem como objectivo transformar a posição esquizo-paranoide na posição depressiva.

Também a experiência analítica nos mostra que na clínica — tal como alguns psicanalistas confirmaram — os pacientes projectam certos aspectos do *self* e dos objectos internos no analista, e essa dinâmica tem diferentes vicissitudes ao longo do processo analítico. Na verdade, alguns aspectos vividos pelo paciente, assim como com os seus objectos internos, podem ficar «alojados no interior do analista» (Pick, I., 2018), levantando várias questões pessoais e de ordem técnica que devem ser analisadas. O analista, nestas circunstâncias, dará um sentido ou uma representação às projecções dos pacientes que se albergam dentro dele. Estes pacientes levantam muitas questões contratransferenciais, uma vez que o analista se pode sentir o recipiente que suporta os aspectos destrutivos da sua mente, ou, por outro lado, sentir dificuldade de integrar ou dar um sentido interno ao material que, por vezes, o enfrenta com os seus próprios limites.

Quando um analista, na sua prática clínica, se confronta com casos difíceis, como aquele que apresentarei, habitualmente entra em contacto com os seus sentimentos de ignorância. Como Bion (1974) sublinhou, a propósito destas situações difíceis, o analista pode ter medo de enfrentar os abismos do seu próprio desconhecimento; mas o autor acrescenta que o analista pode também aprender a suportar o infinito — inconsciente — e pode aceitar a incerteza, a incompreensão e o desconhecido. René Roussillon (2014), a este respeito, mostra como é importante o papel da destrutividade que frequentemente está na origem dos desligamentos das relações. Acrescenta ainda que, sob o ponto de vista clínico, é relevante estar atento à qualidade psíquica da articulação e da vinculação. Assim, segundo o mesmo autor, o psicanalista poderá verdadeiramente contactar e captar, através da dupla analítica, com a destrutividade assim como com a criatividade.

Nestas situações difíceis, como descrevemos anteriormente, o analista dispõe de um instrumento técnico para observar e compreender a dinâmica da relação, que é, como sublinha Racker (1950), a escuta da nossa própria contratransferência. Ele sublinha que a percepção que «o analista tem dos seus próprios estados de contratransferência poderia ser um instrumento importante para a compreensão dos estados de transferência do analisando», acrescentando ainda que o «analista pode usar as suas reacções negativas de contratransferência em favor do tratamento». Desta forma, a experiência clínica mostra-nos que a análise da contratransferência se apresenta com duas faces distintas: uma como um obstáculo

que precisa de ser analisado, e outra como um instrumento que poderá facilitar o desenvolvimento do processo da dinâmica analítica.

### **A ESCUTA ANALÍTICA – ATAQUES AO PENSAMENTO**

Como sublinhava Bion (1974), a prática da análise seria o único espaço onde se poderia compreender e perceber as pessoas, e os livros ofereceriam menos essa possibilidade. Seguindo estas sensatas palavras, apresentaremos o caso clínico de um homem que, ao longo do processo analítico, mostrou grandes dificuldades a nível do pensamento, transformando assim o campo analítico numa espécie de deserto onde aparentemente nada crescia ou se desenvolvia. O processo analítico tornou-se difícil e, por vezes, impossível perante uma dinâmica da relação que era ensombrada, por um lado, por constantes «retiradas psíquicas» (Steiner, J., 2011), de forma que evitasse a aproximação analítica — provavelmente por receio dos imaginários danos que os aspectos destrutivos da sua mente poderiam causar na analista —, por outro, pelo sentimento contratransferencial de viver uma experiência de paralisação como se tivéssemos a atravessar um deserto de ideias e de pensamentos.

Este homem, de cerca de vinte e cinco anos, procurou-nos, há uns anos, para dar início a uma psicanálise. Na altura, tentámos perceber quais as suas verdadeiras inquietações e as razões que o levavam a desejar querer iniciar um processo terapêutico. O primeiro movimento da relação foi de simpatia, mas ao escutá-lo a contar alguns episódios da sua vida relacional com os seus pais e outros familiares, ficámos com a sensação, quase paradoxal, de não entender verdadeiramente o que pretendia de nós. Ficámos com a impressão de que a pessoa que descrevia os diferentes episódios dolorosos de perdas e separações com os seus familiares não era aquela que estava ali connosco. O isolamento do afecto era intenso e as retiradas narcísicas dificultavam as relações de proximidade. Frequentemente, interrogávamo-nos se ele se retirava das relações de proximidade no desejo de ser encontrado — mostrando ter consciência da permanência do objecto e a sua capacidade de simbolizar o ausente (Freud, S., 1972 [1920]) —, ou se, por outro lado, estava a fugir da dor mental que não podia ser pensada e que deveria ser escondida num «refúgio» secreto (Steiner, J., 1993). Aparentemente, parecia que a pessoa que estava a contar a sua história, feita de perdas e de decepções, era muito diferente daquela que estava ali presente. O discurso deste homem desencadeava, contratransferencialmente, algumas oscilações na nossa capacidade de pensar e de elaborar acerca da qualidade dos factos que nos apresentava. Ao falar da sua relação familiar, sobretudo com os seus pais, mostrava que os elos com eles pareciam ter sido, traumáticamente, quebrados precocemente.

Este paciente, numa primeira fase do processo analítico, apresentava um funcionamento psicótico do pensamento que se caracterizava por grandes dificuldades na sua capacidade de *rêverie*, associadas a uma incapacidade de formação de símbolos, de forma que lhe possibilitasse pensar as emoções que estavam sempre presentes no campo analítico. Como Melanie Klein (1930) sublinhou, «o simbolismo está na base de todo o fantasma e de toda a sublimação; é sobre ele que se constrói a relação do sujeito com o mundo externo e a realidade em geral». Desta forma, o espaço terapêutico, nesta fase do processo, era invadido por uma paralisação do pensamento da dupla analítica, surgindo assim uma impossibilidade de dar significado às experiências emocionais que circulavam na dinâmica do campo analítico.

Durante largos meses, repetia, com a mesma tonalidade, praticamente o mesmo material que andava à volta da sua insatisfação e zanga em relação às figuras parentais, que eram sentidas como distantes, incompetentes e abandonadas. Este discurso monótono desencadeava, contratransferencialmente, o sentimento de paralisação do pensamento, assim como dificuldades de digerir — elaborar — a qualidade dos factos que nos eram apresentados.

Este paciente inicia uma sessão, no seu terceiro ano de análise, a queixar-se de um colega que não lhe deu atenção e não lhe respondeu a um pedido que ele lhe fez. Logo de seguida, descreve um sonho — de resto muito semelhante a outros que já tinha tido — no qual estava a espreitar para um quarto onde estava um homem e uma mulher. Fica preocupado e perplexo frente à desproporção entre a pequenez do pénis do homem e a grandeza da vagina da mulher. Descreve o sentimento paradoxal perante esta situação: sente-se assustado, mas simultaneamente atraído. As associações, aparentemente, são pobres, mas vai falando do medo que sempre teve nas relações com as mulheres. Descreve, com alguns pormenores, as suas primeiras relações com raparigas da sua idade. As descrições deste material clínico empurraram-nos, contratransferencialmente, para uma paralisação do pensamento, onde sentimentos assustadores de morte surgiam e prevaleciam ao longo da sessão. Na altura, ficámos com a sensação de que não eram as palavras usadas para descrever o sonho que nos inquietavam, mas, sim, os afectos assustadores, sem nome, que não podiam ser representados, embora se escondessem por detrás da sua narrativa. Esta vivência contratransferencial permitiu-nos contactar com o infantil deste paciente, que, provavelmente, viveu e se sentiu paralisado perante esta cena primitiva, assustadora e traumática. Este estado mental do paciente, através de uma identificação projectiva, foi vivido e experimentado pelo analista através da

elaboração da sua contratransferência. Verificámos que na cadeia associativa do paciente não existe ambivalência, mas, sim, «uma clivagem entre mau e bom, o persecutório e o idealizado, um dos pais é totalmente maléfico e outro totalmente benéfico», o que nos remete para o conceito de bitriangulação de Green e Donnet (1973). Esta constatação clínica fez-nos também associar o conceito, proposto por Britton (2003), de Édipo «ilusório», que se caracteriza por uma organização defensiva que nega as relações psíquicas entre os pais, atacando assim os elos que se constroem entre eles.

Curiosamente, na sessão seguinte, somos surpreendidos com a sua ausência, situação que raramente acontecia. Através de um telefonema, justifica-se dizendo que está com gripe e que não lhe era possível comparecer à sessão. Naturalmente, esta falta fez-nos colocar várias interrogações. Provavelmente, a força da intensa identificação projectiva, colocada no interior da analista, de forma que negasse a diferença e os limites, foi sentida como destrutiva. A propósito desta questão, Rosenfelt (1964) mostrou que quando o objecto «é onnipotentemente incorporado, o self transforma-se e identifica-se com esse objecto incorporado e assim toda a identidade separada ou os limites entre o self e o objecto são negados».

Quando regressa à sessão, no dia seguinte, olha para toda a sala para se certificar que nada tinha mudado desde a sua ausência. Logo no princípio da sessão, as associações incidem, a propósito de notícias desse dia, sobre um acidente de avião. Na sequência desta questão — impregnada dos sentimentos de perda e de separação —, associa o sentimento de admiração que tem por certos amigos próximos que têm capacidade de seduzir mulheres, ao contrário dele, que tem muitas dificuldades. Associa, em seguida, essas dificuldades ao facto de sentir fantasias de destruição e de sadismo em relação às mulheres; embora não se recorde — mesmo em fantasias de ter feito mal a alguém —, no fundo, teria prazer de ver as mulheres maltratadas.

Com este pequeno fragmento da sessão, mostramos que no processo analítico, como anteriormente frisámos, a atmosfera da comunicação pode ser captada pelo analista revelando-se ser muito mais importante do que as próprias palavras do paciente (Joseph, B., 1975, 1988, 1992). O analista, através da sua contratransferência, pode entrar em contacto com as fantasias sádicas ou com os ataques destrutivos da mente do paciente. Por essa razão, num segundo momento, o analista pode permitir-se estabelecer uma relação com o paciente através da comunicação verbal.

Assim, vivemos com o paciente que estamos a apresentar durante largos meses, nos quais ele repetia o mesmo material, embora o que nos

chamasse mais a atenção não fossem as palavras ditas, mas o sentimento que tínhamos de estar a contactar com o infantil deste homem que se sentia perdido e se escondia de forma que fosse encontrado, ou se retirava narcisicamente para não ser descoberto. Este jogo de se aproximar e ao mesmo tempo se afastar tornou-se contratransferencialmente muito penoso.

Numa sessão desse período, queixou-se de que se sentia preso a qualquer coisa, com uma sensação de estranheza, como se vivesse internamente desnivelado, num desconforto sem nome. Acrescenta que desde há muito tempo sentia uma tristeza de um grau que lhe tornava difícil pensar. Como se fosse uma insónia em que não se sentia confortável. Acrescentou que não tinha nada que ver com problemas com as figuras parentais, mas existia qualquer coisa estranha que, por um lado, o fazia querer morrer, e, por outro, destruir tudo. Acrescentou, ainda, que estava com um estado de espírito que lhe dava vontade de atacar, como se não quisesse saber das consequências dos seus actos. O entusiasmo e a curiosidade, segundo ele, tinham desaparecido, e apetecia-lhe desligar-se ou separar-se de tudo. Este estado interno do paciente, ao longo da sessão, era sustentado por fortes sentimentos de destruição e raiva que o inconsciente do analista captava, mas que não conseguia representar, e por essa razão se refugiava num estado interno de sonolência, cansaço e de retirada psíquica. Este *enactement* contratransferencial, por vezes, era interrompido pelo aparecimento de certas imagens — por exemplo, homem de fraque preto — que evocavam a perda e a morte. Estes sentimentos contratransferenciais, que pouco a pouco foram sendo elaborados, permitiram que o analista entrasse em contacto com as intensas angústias de separação do paciente e facilitaram, assim, uma base de sustentação de forma que pudesse detectar, analisar e ajudar a pensar sobre tais afectos.

## DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A propósito desta questão, alguns analistas, como Meltzer (1967) e Resnik (1967), mostraram como estas dificuldades, que aparecem na clínica, são de grande complexidade, e que, por vezes, tal como demonstrámos, podem surgir traços delirantes que se manifestam pela confusão entre o sujeito e o objecto de forma que sejam negadas as angústias de separação. Desta forma, constatamos que as angústias de separação são projectadas violentamente no objecto, quer externo, quer interno. Na sequência deste mecanismo de defesa, o paciente apresenta-se assim aparentemente livre de angústias, que, naturalmente, não podem ser interpretadas, embora o analista, através da sua contratransferência, se aperceba e contacte com elas, através das identificações projectivas, vividas

no espaço analítico. Resnik (1967) sublinha que, neste tipo de defesas, o analista tende a procurar o paciente, que está perdido ou se refugiou num espaço dentro do objecto, e encaminha-o para o aqui e agora da relação analítica. Esta forma de pensar parece aparentemente fácil, mas, sob o ponto de vista técnico, o analista pode interrogar-se de que forma tem acesso a essas angústias de separação e qual o caminho que deve seguir. Alguns analistas mostram que interpretar a angústia de separação merece certas advertências, pois não basta estar atento à projeção, como, sobretudo, entender as suas consequências. O que une o objecto através do amor também o pode separar por motivos destrutivos da mente, sobretudo quando os aspectos agressivos e invejoso acompanham o processo analítico.

Com estes pacientes, como sublinha Rachel Blass (2007), sujeitos muito precocemente a perdas — tal como este paciente — que são vividas como ataques à sua própria mente, «a fantasia não é tanto sobre os objectos que constituem a mente, mas sobretudo no impacto que tem sobre o funcionamento da mente». Por isso, «o ataque ao objecto materno também fere a mente daquele que o ataca» (Blass, R., 2007). Assim, o processo analítico, nestas circunstâncias, pode ser contaminado por constantes ataques que atingem e ferem a dinâmica do campo

Tentámos mostrar como a relação analítica acentua e amplia os sentimentos mais primitivos, quer do paciente, quer do analista. É importante sublinhar que em certas patologias os sentimentos de destrutividade conduzem à ruptura das ligações emocionais, mostrando que, nessas situações, o analista precisa de aceitar e conviver com a estranheza e incompreensão dos ataques ao seu pensamento. Igualmente, torna-se particularmente importante compreender as qualidades psíquicas de vinculação entre paciente e analista.

Através do exemplo de um caso clínico, mostrámos como o funcionamento psicótico do pensamento do paciente dificulta a capacidade de *rêverie* do analista, através de um ataque ao seu pensamento e às suas emoções. Mostrámos, também, como o espaço analítico é feito de ligações, de rupturas e de conflitos paradoxais e que tem como «subjacente uma falha na diferenciação do bom e do mau que é acompanhada de uma paralisação do funcionamento psíquico de base [...] dificultando a capacidade de diferenciar entre a procura do prazer e o evitar o desprazer» (Roussillon, 2014). Nestas circunstâncias, a escuta analítica funciona como uma espécie de bússola que capta e sinaliza o verdadeiro conflito que se esconde por detrás de uma muralha de defesas e, desta forma, pode permitir contactar e transformar a dor mental em sofrimento. ☹

## ABSTRACT

We try to demonstrate that analytical listening is constructed from two unconscious beings – that of the analyst and the patient – thereby producing a psychic field where the qualities of the different connections between this analytical duo are highlighted and shown. The analytical process itself amplifies the various qualities of listening, which allows for access to a non-verbal communication of the relation. In that way, the analyst can hold inside, certain destructive aspects of the patient's mind, through projective identification, especially with difficult patients. Under these circumstances, analytical listening becomes poor and hard to comprehend. Through the presentation of some clinical material, we highlight how the patient's destructiveness can be projected inside the analyst. Accordingly, clinical experience shows us that the analysis of counter-transference can be presented with two different facets: one, as an obstacle that needs to be analysed and another, as an instrument that may make the development of the analytical dynamic process easier.

KEYWORDS: vicissitudes of analytical listening, the analytical encounter, field relation.

## BIBLIOGRAFIA

- Alexandre, M. F. (2007). *Mudanças psíquicas no processo terapêutico*. Lisboa: Fenda.
- Akhtar, S. (2012). *Psychoanalytic Listening: Methods, limits, and Innovations*. Londres: Karnac Books.
- Bion, W. R. (1962). *Learning from Experience*. Londres: Karnac Books.
- Bion, W. R. (1974). *Brazilian Lectures*. Londres: Karnac Books.
- Blass, R. (2017). «Bion as a Kleinian: an elaboration of the phantasy of the mind in Attacks in linking». In *Attacks on linking revisited – International Psychoanalytical Association's – Psychoanalytic Classics Revisited Series*. Londres: Karnac Books, 55–73.
- Britton, R. (2003). *Belief and imagination-explorations in psychoanalysis*. Londres/Nova Iorque: Rutledge
- Donnet, J.-L., Green, A. (1973). *L'enfant de ça. Psychanalyse d'entretien: La psychose blanche*. Paris: Les Éditions de Minuit.
- Freud, S. (1972 [1912]). «Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise». In Sigmund Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 149–159.
- Freud, S. (1972 [1920]). «Além do princípio de prazer». In Sigmund Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 17–88.
- Freud, S. (1972 [1940]). «A técnica da Psicanálise». In Sigmund Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 199–210.
- Joseph, B. (1975). «The patient who is difficult to reach». In E. Spillius & M. Feldman (eds.), *Psychic Equilibrium and Psychic Change*. Londres/ Nova Iorque: Routledge.
- Joseph, B. (1988). «Object relations in clinical practice». *The Psychoanalytic Quarterly*, 57
- Joseph, B. (1992). «Psychic change: some perspectives». *International Journal of Psychoanalysis*, 73: 237–243.
- Klein, M. (1930). «L'importance de la formation du symbole dans le développement du moi». In *Essais de Psychanalyse (1921–1945)*. Paris: Payot.
- Meltzer, D. (1967). *The psycho-analytical process*. Londres: Heinemann
- Pick, I. B. (2018). *Authenticity in the Psychoanalytic Encounter*. Londres: Routledge
- Racker, H. (1950). *Estudios sobre técnica psioanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Resnik, S. (1967). *The Theater of the Dream*. Londres: Tavistock.
- Rosenfelt, H. (1964). «On the Psychopathology of narcissism: a clinical Approach». *International Journal of Psychoanalysis*, 45: 332–337.
- Roussillon, R. (2014). «La rupture comme analyseur du lien». *Pschanalyse en Europe Bulletin*, 68: 77–86.
- Steiner, J. (1993). *Psychic Retreats*. Londres: Routledge.