

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

A TRANSFERÊNCIA EM UM CASO CLÍNICO

CRISTIANE MARETTI MARANGONI VALLI

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica (Núcleo de Psicanálise), sob a orientação da Profa. Dra. Maria Lucia Vieira Violante.

SÃO PAULO

2007

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

A TRANSFERÊNCIA EM UM CASO CLÍNICO

CRISTIANE MARETTI MARANGONI VALLI

SÃO PAULO

2007

Banca Examinadora:

Data: ____/____/____

Dedicatória:

A minha família (mamãe, papai e irmãs), cuja existência dá a minha vida o verdadeiro sentido.

Agradecimentos

Na construção do presente trabalho, contei com o apoio, com a colaboração e com o carinho de diversas pessoas. Desse modo, manifesto a minha gratidão:

À minha mãe, pelo carinho, apoio, e, sobretudo, pela palavra certa no momento certo.

Ao meu pai pelo incentivo, pela dedicação e as valiosas idas e vindas a São Paulo.

As minhas queridas irmãs, incluindo agora a Albertina, que me ensinaram, ao longo desse trabalho, o valor e o verdadeiro sentido do sentimento de fraternidade.

À Prof^a. Dr^a. Maria Lucia Vieira Violante que orientou esta dissertação e sempre apontou com pertinência os alcances e limites do meu trabalho.

A colaboração valiosa, na ocasião do meu Exame de Qualificação, dos membros da banca Examinadora: à Prof^a. Dr^a Heloisa S. C. Pieri, pela leitura cuidadosa e por suas observações; à Prof^a. Dr^a. Ruth Palladino, pelas sugestões e orientações, assim também como o cuidado na leitura do meu trabalho.

Aos professores da PUC-SP, que tive a oportunidade de conhecer e o privilégio de frequentar as aulas.

Aos colegas da PUC-SP: Belizia Barcessat, Thalita Lacerda, Henrique Scatolin, Gabriela Dias Pires, Isadora Brunn, Sílvia Alessandri, Joyce Migliavasca, Juliana Moro, Paula Peron, Cláudia Gori, Ana Cristina Marzola, Iracema Jandira, Mariá Giuliese e Lúcia, pela leitura interessada e pelas importantes contribuições.

À Denise Scaffi, pelos importantes e calorosos debates ao longo desse percurso.

Ao Dirceu Scali, pelos momentos de descontração e incentivo.

Ao Prof. Dr. Roosevelt Moisés S. Cassorla, pela escuta sensível e dedicada nos momentos de supervisão.

À CAPES, pela concessão da bolsa que proporcionou a construção desse trabalho.

As amigas Cecília Hermann, Vera Mori, Giane Fujisawa, Amira Yoshida, Vanessa Caetano, Vanessa Vicentin e Ticiane Auko pelo carinho e amizade.

Ao Daniel Tapia, pela dedicação no difícil trabalho de revisão.

E finalmente, à paciente, a aquela que chamei de Raquel, com quem aprendi tanto e que pude realizar este trabalho.

SUMÁRIO

Introdução.....	1
Capítulo Um:	
A transferência dos primórdios da psicanálise ao caso Dora.	
1.1. A transferência nos primórdios da psicanálise.....	8
1.2. A transferência na teoria do aparelho psíquico.....	18
1.3. A transferência no caso Dora.....	23
Capítulo Dois:	
Da delimitação do campo analítico à consolidação da transferência na teoria freudiana.	
2.1. A transferência e a sugestão – a diferença entre psicanálise e sugestão.....	34
2.2. As relações entre transferência e resistência e as funções que o processo transferencial desempenha na situação analítica.....	43
2.3. A consolidação do conceito de transferência na obra freudiana e sua articulação com o conceito de compulsão à repetição.....	50
2.4. Breves considerações acerca das contribuições de outros psicanalistas que não Freud, ao fenômeno da transferência.....	60
Capítulo Três	
A transferência no caso Raquel.....	65
Considerações finais.....	82
Referência bibliográfica.....	85

Resumo

O conceito da transferência, dentro da teoria legada por Sigmund Freud, é de grande importância, porque é por meio de sua instalação e de sua interpretação que o analista tem a possibilidade de ter acesso aos representantes inconscientes de seu analisando. O presente trabalho tem como objetivo investigar e estudar a transferência que se fez presente no processo psicoterápico de uma paciente, a luz da teoria legada por Freud. O material clínico é fruto de um recorte de seis meses de psicoterapia, no ambiente de um consultório particular. Esse estudo tem como fundamentação a psicanálise enquanto teoria sobre o psiquismo, método de investigação do inconsciente e técnica terapêutica. A presente autora pôde ter acesso à história e a singularidade da paciente, enquanto sujeito do inconsciente, através do método psicanalítico, possibilitado pela transferência.

Palavras Chaves: Psicanálise, transferência, caso clínico.

Abstract:

The concept of transference within the theory left by Sigmund Freud, is of great importance because it is through its establishment and interpretation that the analyst has the opportunity to gain access to the unconscious representatives of the analysed individual. The present work aims at investigating and studying the transference that arose during the psychotherapeutical process, according to Freud's lights. The clinical material is the result of a six-month therapy experience, in the environment of a private office. This work relies on the basis of the psychoanalysis as a theory of psychic matters, as well as a method of unconscious investigation and therapeutic technique. The author could gain access to the patient's history and singularity, as the subject of the unconscious, by means of the psychoanalytic method, made possible by the transference.

Keywords: Psychoanalysis, transference and clinical case.

INTRODUÇÃO

O termo transferência não é empregado exclusivamente em psicanálise, ou seja, também é de uso comum e corrente em nossa língua portuguesa e em psicologia. Transferência, ou melhor, o verbo transferir, na língua portuguesa significa, segundo o dicionário Aurélio: “Fazer passar (de um lugar para outro); deslocar. 2. Adiar, delongar. 3. Transmitir ou passar, ou ceder a outrem mediante as normas legais”.¹ Assim, transferência no sentido geral de nossa língua dá a idéia de transporte – transporte de valores, de direitos, de objetos e de propriedades.

Em psicologia, segundo Lagache, o substantivo transferência é utilizado para designar mudança de “sensações, percepções, valores, emoções e ações”.² Por exemplo, quando uma percepção visual é traduzida em uma percepção tátil cinestésica.

Assim, o termo transferência, tanto em psicologia, como no uso geral de nossa língua, apresenta o mesmo sentido, ou seja, de transporte, de mudança.

Já em psicanálise, existe uma certa dificuldade para se definir transferência pois essa “noção assumiu, para numerosos autores, uma extensão muito grande, que chega ao ponto de designar o conjunto dos fenômenos que constituem a relação do paciente com o psicanalista”.³

A extensão que o conceito de transferência passou a ter, dentro da psicanálise, isto é, que tudo o que ocorre na relação entre paciente e analista trata-se de transferência, não deixa de ser criticada, pois não favorece a definição de tal conceito e nem tão pouco permite fixá-lo dentro de certos limites, ou seja, não leva em conta os aspectos reais existentes na relação analisando/psicanalista.

Assim, Lagache reflete:

“(…) há na conduta do paciente elementos que respondem à situação presente e real, e que não podem ser considerados repetições do passado nem ações desreais, eles são o produto, acessível à compreensão racional, das relações reais que existem entre o paciente e o analista”.⁴

¹ FERREIRA, Aurélio B. H. (1985). *Dicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1985, p. 475.

² LAGACHE, Daniel. (1980) *A transferência*. São Paulo: Martins Fontes, 1990, p. 101.

³ LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J-B. (1967). *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 2000, p.515.

Apesar das dificuldades para limitar e definir tal conceito, Freud, no “Caso Dora” define transferência da seguinte maneira:

“(...) toda uma série de experiências psíquicas prévia é revivida, não como algo do passado, mas com um vínculo atual com a pessoa do médico. Algumas dessas transferências em nada se diferenciam de seu modelo, no tocante ao seu conteúdo, senão por substituição. São, portanto, para prosseguir na metáfora, simples reimpressões, reedições inalteradas. Outras se fazem com mais artes: passam por uma modificação de seu conteúdo, uma *sublimação*, como costume dizer, podendo até tornar-se consciente ao se apoiarem em alguma particularidade real habilmente aproveitada da pessoa ou das circunstâncias do médico. São, portanto, edições revistas, e não mais reimpressões”.⁵

As dificuldades com o termo transferência, em psicanálise, não se restringem à problemática de conceituá-lo, mas também são encontradas na tradução do termo alemão empregado por Freud para o português.

Nesse sentido, Hanns esclarece:

“Ao traduzir-se *Übertragung* por transferência, perde-se a conotação de trânsito reversível e maleável por um arco que interliga o ponto de origem e o ponto de destino, arco este ao longo do qual é possível transitar carregando um material”.⁶

“Perde-se a conotação de trânsito reversível e maleável”, pois em português, como aponta Aurélio, o termo transferência indica deslocamento, passagem, mas não traz a idéia de reversibilidade que o termo alemão (*Übertragung*) contém.

Apesar das dificuldades para se definir transferência e de se traduzir *Übertragung* para o português, o leitor atento da obra de Freud, não deixará de perceber a importância que o processo transferencial ocupa dentro da teoria psicanalítica, a ponto do médico vienense declarar, em 1922, que a transferência “nas mãos do médico, transformou-se no mais poderoso instrumento terapêutico...”.⁷

Tal importância se deve ao fato da transferência ser considerada, dentro da psicanálise, como o fenômeno responsável pela condição necessária para que uma análise possa se realizar.

Nas palavras de Laplace & Pontalis:

⁴ LAGACHE, Daniel. (1980). Op. cit., p. 107-8.

⁵ FREUD, Sigmund (1905 a). Fragmentos de análise de um caso de histeria. *ESB*, Vol. VII, 1996, p. 111.

⁶ HANNS, Luis (1996). *Dicionário comentado do alemão de Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 415.

“A transferência é classicamente reconhecida como o terreno em que se dá a problemática de um tratamento psicanalítico, pois são a sua instalação, as suas modalidades, a sua interpretação e sua resolução que caracterizam este”.⁸

Apesar de hoje ser evidente a importância que a transferência tem para o processo analítico, o estudioso da obra de Freud saberá reconhecer que tal relevância não está presente nos primórdios da psicanálise, ou melhor, na “Psicoterapia da Histeria” (1895).⁹

Freud percorrerá um longo trajeto, desde a “Psicoterapia da Histeria” de 1895, onde a transferência é prioritariamente considerada como um empecilho ao tratamento, até o desenvolvimento da teoria do processo transferencial por volta dos anos de 1920, com a introdução da idéia de compulsão à repetição, exposta no trabalho “Recordar, Repetir e Elaborar”¹⁰, e sua articulação com a noção da pulsão de morte em “Além do Princípio do Prazer”¹¹.

É só a partir da narrativa do “Caso Dora”, que o leitor de Freud já pode notar que o médico vienense começa a compreender a importância do fenômeno transferencial para a psicanálise ao afirmar: “A transferência, destinada a constituir o maior obstáculo à psicanálise, converte-se em sua mais poderosa aliada...”¹²

Esse desenvolvimento do conceito da transferência, dentro do pensamento freudiano, de 1895 até por volta de 1920, pode ser associado aos três sentidos do verbo transferir, ou seja, deslocar, adiar e ceder, que mencionei anteriormente.

Em relação ao primeiro sentido (*deslocar*), verifica-se que desde “Psicoterapia da Histeria”, a transferência é conceituada como uma “modo de deslocamento”¹³ do afeto entre representações, de uma representação original para a figura do médico, na situação analítica.

Ainda na “Psicoterapia da Histeria”, temos que o processo transferencial é também considerado por Freud como um entrave, ou melhor, como uma forma de resistência a recordação do material recalçado, o que dificulta o progresso do tratamento.

⁷ FREUD, Sigmund (1922). Dois Verbetes de Enciclopédia. *ESB*, Vol. XVIII, 1996, p. 264.

⁸ LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J-B. (1967). Op. cit., p. 514.

⁹ FREUD, Sigmund (1895 a). Psicoterapia da Histeria. *ESB*, Vol. II, 1996.

¹⁰ FREUD, Sigmund (1914 b). Recordar, Repetir e Elaborar. *ESB*, Vol. XII, 1996.

¹¹ FREUD, Sigmund (1920). Além do princípio do prazer. *ESB*, Vol. XVIII, 1996.

¹² FREUD, Sigmund (1905 a). Op. cit., p.112.

Nesse sentido, a transferência vai ao encontro do segundo sentido do verbo transferir (*adiar*), na medida em que esse fenômeno é capaz de **adiar** o processo de recordação do paciente, favorecendo a resistência.

Por volta dos anos de 1920, quando Freud introduz e relaciona a compulsão à repetição e a pulsão de morte com a transferência, o terceiro sentido do verbo *transferir* (*ceder*) evidencia-se. Esse fato ocorre, devido ao fato de que é só a partir da interpretação da transferência, que o conflito neurótico soluciona-se, ou seja, que o analista auxilia o analisando a superar as resistências e o ajuda a liberta-se dos mecanismos repetitivos, cedendo lugar, desse modo, para a resolução da neurose.

Assim, os três sentidos do verbo transferir - deslocar, adiar e ceder - podem ser relacionados e sinalizam o desenvolvimento e a história do conceito da transferência dentro da teoria legada por Freud.

Desse modo, verifica-se que a teoria da transferência vai sendo construída por Freud, ao longo da também construção do saber psicanalítico e no decorrer desse processo, tal fenômeno psíquico ganha uma fundamental importância para o processo analítico.

Assim, ao iniciar minha trajetória profissional, integrando a equipe de psicologia clínica de um Centro de Saúde, pude ser, incontáveis vezes, alvo da atualização dos desejos dos pacientes que me eram encaminhados para tratamento.

Ao me desligar do Centro de Saúde, passei a desenvolver minha atividade profissional no consultório particular e, mais uma vez, passei a ser alvo da transferência daqueles pacientes que me procuram para tratamento.

Diante das minhas atuações profissionais, tanto no ambulatório como na clínica particular, interessei-me por estudar o fenômeno da transferência. A fim de concretizar minhas aspirações, ou seja, estudar o processo transferencial, ingressei-me no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da PUC de São Paulo e venho construindo o presente trabalho, no Núcleo de Psicanálise.

Para viabilizar a construção da dissertação, elegi um caso do meu consultório particular – o de Raquel, uma moça de 28 anos – para ser sujeito da presente pesquisa, pela seguinte razão: por este caso ter me chamado mais à atenção do que os outros que venho atendendo.

¹³ LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J-B. (1967). Op. cit., p.516.

Assim, a presente dissertação tem como objetivo estudar a transferência em um caso *específico* do meu consultório particular - o caso Raquel. Digo um caso específico do meu consultório particular – Raquel - pois como afirma Safra: “cada pessoa, apesar de compartilhar de angústias semelhantes com os outros seres humanos, tem o seu psiquismo estruturado de forma original”.¹⁴

Ou ainda, nas palavras de Freud: “Aquilo que é psíquico, é tão único e singular, que nenhuma comparação pode refletir a sua natureza”.¹⁵

Desse modo, a maneira pela qual supostamente se estruturou o psiquismo de Raquel é absolutamente singular e como a transferência é produto desse singular psiquismo, manifesta-se também de uma maneira original. Nesse sentido, o presente trabalho busca investigar a transferência neste caso específico do meu consultório particular.

Vale a pena lembrar que a construção da presente dissertação e a análise do material clínico estão alicerçados pelos três pilares que compõem a formação e o percurso de qualquer analista, ou seja, o material clínico do caso Raquel está sendo submetido a sistemáticas supervisões. A teoria que sustenta a compreensão de tal caso, mais exatamente o processo transferencial, é a freudiana; e recorri também a contribuições de alguns comentadores de Freud. E tanto as supervisões do material clínico como a articulação deste caso, à luz da teoria de Freud, estão sendo sustentados pela minha análise pessoal.

A presente dissertação está ancorada nos pilares que regem a formação dos analistas, pois pretendo desenvolver o estudo da transferência (no caso Raquel) mantendo-me dentro da metodologia psicanalítica.

Assim, como lembra Silva, toda ciência “define-se pelo seu objeto e pelo seu método de investigação”¹⁶ e, em psicanálise, pesquisar significa: buscar compreender o que não é explícito e evidente, mas sim, o significado oculto e submerso do fenômeno a ser pesquisado.

Desse modo, “o objeto da psicanálise é o inconsciente, é a gama de significados emocionais possíveis que se organizam segundo um fio condutor que

¹⁴ SAFRA, Gilberto (1993). *O uso de material clínico na pesquisa psicanalítica*. In: Lino da Silva, Maria Emilia (coord). *Investigação e psicanálise*. Campinas: Papirus, 1993, p. 126.

¹⁵ FREUD, Sigmund (1919 a). *Caminhos da terapia psicanalítica*. In: *Jornal de Psicanálise*, São Paulo, 32 (58/9), p.p. 419-26, nov/99. Trad. de Paulo César Lima Souza.

¹⁶ SILVA, M. Emília L. (Coord) (1993). *Investigação e Psicanálise*. Campinas: Papirus, 1993, p. 20.

batizamos de desejo, com tendências a se manifestar à consciência e daí ao ambiente”.¹⁷

Como pesquisar, para o saber psicanalítico, quer dizer investigar, sobretudo, o que é inconsciente, temos que “a investigação em Psicanálise não se restringe à situação analítica”¹⁸, mas pode ser estendida (como Freud fez em alguns de seus trabalhos) para interpretar qualquer “produto humano”¹⁹, como por exemplo, a cultura.

Nesse sentido, Violante reflete que Freud pode ser “considerado, com justa razão, um pensador da cultura a partir de seus escritos como Totem e Tabu, Moisés e o Monoteísmo, Delírios e Sonhos na Gradiva de Jensen, entre outros”.²⁰

Apesar de Freud ter estendido o método psicanalítico para além das fronteiras da clínica, a presente pesquisa tem como objetivo (como já mencionado) estudar uma das “dimensões que constituem a psicanálise”²¹, isto é, o processo analítico, mais exatamente, a transferência no caso Raquel.

Cabe mencionar que será objeto de minha atenção a transferência que se faz presente na psicoterapia de Raquel, da primeira entrevista a vigésima quarta sessão.

Apesar de eu considerar que foi pouco tempo de psicoterapia, penso que foi o suficiente para se evidenciar valiosos elementos da vida psíquica de Raquel, principalmente do fenômeno da transferência.

Assim, para construir e elaborar a presente dissertação, discuto no primeiro capítulo, o inaugural conceito da transferência na obra freudiana (em 1895). Em seguida, volto minha atenção para a transferência, em 1900, na construção da teoria do aparelho psíquico – primeira tópica.

Finalizo o capítulo um, explorando o “Caso Dora” e o aprendizado que o médico vienense extraiu a respeito da transferência a partir da análise da adolescente de 18 anos.

No capítulo dois, me ocupo, em primeiro lugar, da relação da transferência com o processo sugestivo e com a conseqüente diferenciação entre psicanálise e sugestão. Passo, então, a discutir as relações entre a transferência e a resistência –

¹⁷ SILVA, M. Emília L. (Coord) (1993). Op. cit., p. 20.

¹⁸ VIOLANTE, M. Lucia (2000). Pesquisa em Psicanálise. In: COELHO Jr., N. et al. *Ciência, Pesquisa, Representação e Realidade em Psicanálise*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2000, p. 109-17.

¹⁹ SILVA, M. Emília L. (1993). Op. cit., p. 20.

²⁰ VIOLANTE, M. Lucia (2000). Op. cit., p. 109.

transferência positiva e negativa e seus respectivos efeitos na situação analítica. Em seguida, teço considerações sobre a consolidação da teoria da transferência, na obra freudiana, por volta dos anos de 1920, com a articulação do conceito de transferência com o de compulsão à repetição e com a pulsão de morte.

Fecho o segundo capítulo, discutindo brevemente a transferência em outros autores que não Freud, destacando o debate entre Anna Freud e Melanie Klein acerca da possibilidade de se analisar crianças, além das contribuições contemporâneas de Piera Aulagnier.

No terceiro e último capítulo, apresento e discuto a transferência na psicoterapia de Raquel, à luz da teoria de Freud.

Capítulo 1

²¹ VIOLANTE, M. Lucia (2000). Op. cit., p. 117.

A transferência dos primórdios da psicanálise ao caso Dora

1.1. A transferência nos primórdios da psicanálise

Apesar do conceito de transferência surgir pela primeira vez, na obra freudiana, no capítulo intitulado “Psicoterapia da Histeria”²² do livro “Estudos sobre a Histeria”²³, de Freud e Breuer, considero importante explorar com mais cuidado as primeiras seções deste livro, por estas já conterem alguns apontamentos acerca da transferência.

O caso Anna O., que é descrito por Breuer em “Estudos sobre a Histeria”, certamente contribuiu tanto para a construção do saber psicanalítico, como colaborou para despertar o interesse de Freud pelo fenômeno da transferência.²⁴ Anna O., uma moça de 21 anos, foi tratada de 1880 a 1882, sofrendo de histeria, com sintomas de paralisias, contraturas, anestésias e graves quadros de perturbação na visão, na fala e na ingestão de alimentos. A paciente de Breuer também apresentava dois distintos estados de consciência, um normal e outro semelhante a uma criança incômoda e mal-educada.

Foi justamente a percepção desses dois estados mentais de Anna O., que favoreceram a compreensão, de Freud e de Breuer, de que a totalidade da mente não se restringe a processos conscientes, mas que existe um estado inconsciente no psiquismo humano.

A esse respeito, Breuer comenta:

“Durante toda a doença seus dois estados de consciência persistiam lado a lado: o primário, em que ela era bastante normal psiquicamente, e o segundo, que bem pode ser assemelhado a um sonho, em vista de sua abundância de produções imaginárias e alucinações, suas grandes lacunas de memória e a falta de inibição e controle em suas associações”.²⁵

²² FREUD, Sigmund (1895 a). *Psicoterapia da Histeria*. *ESB*, Vol. II, 1996.

²³ BREUER, Josef & FREUD, Sigmund (1895). *Estudos sobre Histeria*. *ESB*, Vol. II, 1996.

²⁴ Remeto o leitor a Jones In: JONES, Ernest (1989). *A vida e a obra de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, Vol. I, 1989, para maior aprofundamento em relação à história do tratamento de Anna O.

²⁵ BREUER, Josef & FREUD, Sigmund (1893). *Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar*. *ESB*, Vol. II, 1996, p. 79.

E mais adiante, Breuer utiliza pela primeira vez o termo inconsciente, o que vai ser o sentido psicanalítico, “desde que nenhum dos produtos de seu estado secundário atuasse como um estímulo no inconsciente”.²⁶

Temos assim que o caso Anna O. contribuiu para que se evidenciasse a existência do estado inconsciente da mente e com ele surgiu a necessidade de criar, elaborar e aprimorar um método para a investigação dessa parte, até então, pouco conhecida e explorada do psiquismo humano.

Anna O., que é considerado o primeiro caso psicanalítico, não revelou apenas a importantíssima existência dos processos inconscientes na mente humana, como também trouxe contribuições para o entendimento do fenômeno da transferência. O tratamento da Srta. Bertha (nome verdadeiro de Anna O.) levou ao desenvolvimento do que hoje (depois da construção da teoria freudiana – 1892-1938) podemos denominar de um intenso amor transferencial, da moça pelo seu médico.

Breuer ficou muito perturbado e assustado com esse acontecimento e acabou tomando a decisão de interromper o atendimento. O médico de Anna O. encerrou o tratamento, em junho de 1882 e, em novembro do mesmo ano, relatou o caso a Freud, que ficou muito interessado e intrigado com os seus desdobramentos.

Porém, foi só no final da década de 1880, início da de 1890 que Freud retoma com Breuer os acontecimentos do importante atendimento de Anna O. e demonstra interesse em relatar este caso ao mundo.

Com o intuito de tornar público o caso de Bertha, o pai da psicanálise percebe grande resistência por parte de Breuer, devido ao forte amor transferencial ocorrido durante o tratamento. Tal resistência só foi quebrada a partir do entendimento de Freud acerca dos fenômenos transferencias.

Freud conta a Breuer que passou por uma experiência semelhante quando uma de suas pacientes o abraçou, numa clara demonstração de afetividade, situação delicada que foi interrompida pela entrada inesperada de um empregado.²⁷ Freud começa, desde já, a compreender a importância da especial e terapêutica relação estabelecida entre o médico e o paciente e que esta tem um alicerce erótico, quer manifesto, quer oculto. O relato que o jovem médico (Freud) faz ao experiente Breuer, de que algo semelhante ao sucedido com Anna O. já havia ocorrido com ele, acrescido da explicação de que o processo transferencial é característico de certos

²⁶ BREUER, Josef & FREUD, Sigmund (1893). Op. cit., p. 79.

²⁷ FREUD, Sigmund (1925). Um Estudo Auto-Biográfico. *ESB*, Vol. XX, 1996, p. 27.

tipos de histeria, tranqüilizaram Breuer e garantiram sua aceitação em tornar pública a descoberta provinda do atendimento da Srta. Bertha, em de “Estudos sobre A Histeria”.

Chamo a atenção aqui para algo bastante inusitado, uma clara inversão de posições, já que é o médico mais novo que aponta ao mais velho e mais experiente as características de um processo terapêutico. Porém, não se pode deixar de lembrar que para que isso ocorra é necessário ser um Freud!

Como afirma Jones, “Ao contrário do assustado Breuer em situação semelhante (caso Anna O.), Freud encarou o problema (fenômeno transferencial) como de interesse científico geral”.²⁸ O fato de Freud ter encarado o processo transferencial como de “interesse científico geral”, ao invés de considerá-lo como uma experiência pessoal, como interpretou Breuer, foi fundamental para a compreensão do fenômeno transferencial.

Três anos depois da redação de “Estudos sobre A Histeria”, portanto, em 1895, Freud redige o importante trabalho “Psicoterapia da Histeria”. Em “Psicoterapia da Histeria”, Freud tece algumas considerações sobre o método catártico (1880 – 1895) que, até então, ele empregava no tratamento de seus pacientes. Mas que, a partir da constatação da impossibilidade de hipnotizar alguns pacientes, Freud revê a utilização desse método terapêutico.

O método catártico de Breuer consiste em fazer com que o paciente lembre e **reproduza**²⁹ experiências que foram traumatizantes em um estado de hipnose, e então, possa ab-reagir os afetos ligados a esses acontecimentos traumáticos, produzindo um efeito catártico/ terapêutico. A terapêutica se dá dessa forma devido à maneira pela qual os médicos - Breuer e Freud, em 1894/1895 - compreendem os processos histéricos (histeria hipnóide e histeria de defesa).

Para Breuer, a histeria é resultado de uma experiência que se constitui em um estado especial da mente (hipnóide) e lá permanece, formando um grupo psíquico separado da consciência-inconsciente.

Já para Freud, a histeria de defesa ocorre quando uma representação é repudiada da consciência, por suscitar afetos dolorosos e aflitivos. O afastamento da

²⁸ JONES, Ernest (1989). *A vida e a obra de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, Vol. I, 1989, p. 249.

²⁹ Como muito bem lembra Lagache In: LAGACHE, Daniel. (1980). Op. cit., aqui se verifica uma semelhança entre o método catártico de Breuer e a transferência, já que ambos apresentam a reprodução/repetição de uma vivência anterior.

idéia da esfera da consciência se dá por meio de uma força defensiva – resistência.³⁰

Tanto na histeria hipnóide como na histeria de defesa a representação que foi banida da consciência é acompanhada de uma intensa carga afetiva. Quando a representação passa a ser inconsciente a carga afetiva não encontra descarga adequada, separando-se de sua representação original. O afeto pode então, se converter no soma e manifestar-se em sintomas histéricos.

Diante de tais concepções sobre os processos histéricos (hipnóide e defesa), o método catártico é o mais adequado, pois é capaz de fazer com que o paciente **lembre** (em um estado de hipnose) e **reproduza** a representação traumática, restabelecendo a associação original (entre representação e afeto). O fato de a representação traumática se associar novamente à carga afetiva original produz um efeito catártico, ab-reagindo e libertando o afeto que anteriormente não encontrou descarga adequada. A cura, portanto, se dá através da correção associativa com a liberação do afeto anteriormente estrangulado, possibilitado pela descarga catártica.

Encontro aqui uma semelhança entre o método catártico e a transferência, mais exatamente entre a cura estabelecida com o método de Breuer e a interpretação da transferência, no início da psicanálise.

Ao interpretar a transferência, o analista está refazendo ou restabelecendo a ligação original entre uma representação e a sua carga afetiva correspondente, assim como no tratamento catártico. Pois a constituição do processo transferencial (como será comentada a seguir) pode ser equiparada à formação sintomática, na qual, o afeto se desliga da representação (original) e se desloca para a figura do médico, como uma “falsa ligação”.³¹

Explorarei com mais detalhes a idéia da transferência como uma falsa conexão, mais adiante.

Outra importante observação de Freud, em 1895, diz respeito ao fato de que nem todos os pacientes podem ser hipnotizados, ou ainda, que eles não atingem um grau adequado de transe hipnótico, para se beneficiarem do método catártico.

³⁰ Como observa Mezan In: MEZAN, Renato (1998). *Freud: A Trama dos conceitos*. São Paulo: Perspectiva, 4ª ed., 1998, pode-se notar que a discordância de Freud com Breuer, em relação à etiologia da histeria, tem como base a problemática da resistência.

³¹ FREUD, Sigmund (1895 a). Op. cit., p. 314.

Assim, um problema surge ao médico³², na medida em que, o tratamento recomendado aos histéricos, em 1895, é o método catártico que se faz por meio da hipnose.

Então, Freud se vê diante de duas alternativas a seguir: uma é desistir de tratar os pacientes que não são hipnotizáveis, ou então, esforçar-se para superar esse empecilho clínico. Optando pelo segundo caminho, Freud se empenha para responder a seguinte questão: Como fazer com que os pacientes lembrem dos eventos traumáticos sem estarem sobre o efeito da hipnose?

Com o brilhantismo característico do médico vienense, este supera o problema com a elaboração de um artifício sugestivo, o método de pressão na fronte. Freud passa, então, a sugerir e comunicar aos pacientes que estes evidentemente sabem algo sobre os acontecimentos que marcaram o início de sua doença. Deitados no divã, de olhos fechados, sem hipnose, Freud pressiona a testa de seus pacientes e assegura que estes sabem algo sobre a sua doença, e, assim, eles passam a recordar e trazer à consciência o material patogênico responsável por sua enfermidade, liberando o afeto estrangulado, através da catarse.

Porém, Freud percebeu que o médico precisa **esforçar-se** para que o paciente possa se lembrar das cenas patológicas que causaram a sua neurose, superando uma força psíquica contrária à recordação – resistência. Fica claro, portanto, que com a elaboração da análise catártica dos sintomas (através do método de pressão) o importantíssimo conceito de resistência evidencia-se, e com isso, Freud rompe com o método de Breuer, abrindo as portas para a edificação de um novo campo do saber – a psicanálise.

Não é precipitado concluir que a descoberta do mecanismo da resistência favoreceu muito para a construção do saber psicanalítico, a ponto de Freud considerar, em 1914, esse fenômeno como “a pedra angular sobre a qual repousa toda a estrutura da psicanálise”.³³

Apesar do grande avanço com o abandono da hipnose, com o emprego da sugestão (com o artifício da pressão na testa) e com a descoberta da resistência, os problemas que Freud enfrentava não foram totalmente resolvidos.

³² Optei por utilizar o termo médico ao invés de psicanalista, nesse momento, por se tratar dos primórdios da psicanálise, no qual, esta nova disciplina do saber estava sendo descoberta.

³³ FREUD, Sigmund (1914 a). A História do movimento psicanalítico. *ESB*, Vol. XIV, 1996, p. 26.

O médico vienense percebeu três obstáculos que impedem a recordação do material patológico, dificultando o tratamento. E é como entrave ao tratamento (terceiro obstáculo) que o conceito da transferência surge, pela primeira vez, na obra freudiana, com o sentido psicanalítico.

Apesar da transferência surgir explicitamente apenas como o terceiro empecilho ao método de pressão, deter-me-ei brevemente nos demais obstáculos, pelo fato destes se relacionarem, de alguma maneira, com o processo transferencial.

O primeiro obstáculo ocorre quando o médico insiste na investigação de uma determinada região mental e o método falha, por não proporcionar nenhuma recordação. Porém, Freud adverte que se o paciente estiver com uma expressão de tranqüilidade e serenidade, indica que nessa região psíquica não há mais nada o que se investigar. Entretanto, se a expressão facial do paciente for de tensão, angústia, aí sim, o médico se depara com o segundo obstáculo – a resistência.

Dessa maneira, temos que a resistência está presente já nos primeiros escritos freudianos, como obstáculo à evolução do tratamento, pois foi percebida como “uma força psíquica nos pacientes que se opunha a que as representações se tornassem conscientes (fossem lembradas)”.³⁴

E mais adiante, Freud acrescenta “deveria ser a mesma força psíquica que desempenha um papel na geração do sintoma histérico e que, na época, impedira que a representação patogênica se torne consciente”.³⁵

Ao tecer algumas considerações acerca da natureza das representações patogênicas e ao caracterizá-las como aflitivas, dolorosas, capazes de despertar afetos como vergonha e culpa, Freud relaciona a noção de resistência com a de defesa: “O ego do paciente teria sido abordado por uma representação que se mostrara incompatível o que provocara, por parte do ego, uma força de repulsão cuja finalidade seria defender-se da representação incompatível”.³⁶

Apesar de o autor de “Psicoterapia da Histeria”, em 1895, ainda não relacionar a transferência com a resistência, a partir de “A dinâmica da transferência”³⁷, já é possível afirmar com tranqüilidade que em algumas circunstâncias (transferência negativa), o processo transferencial se presta muito bem aos propósitos da resistência.

³⁴ FREUD, Sigmund (1895 a). Op. cit., p. 283.

³⁵ Idem, ibidem.

³⁶ Idem, p. 284.

Todavia, para que Freud chegue a discriminar transferência positiva e negativa e possa relacioná-las com a resistência, as contribuições contidas na narrativa do “Caso Dora”³⁸ e no trabalho teórico “A dinâmica da transferência” têm fundamental importância.

Como já mencionado, o médico vienense ainda não relaciona diretamente a transferência com a resistência, em 1895. Todavia, deve-se comentar sobre o aumento da intensidade do sintoma, na medida em que o médico se aproxima da organização patogênica. Deste modo, Freud abre caminho para a compreensão dessa relação (transferência e resistência), quando nos fornece o exemplo do sintoma de vomitar:

“Quando graças à resistência, o paciente demora muito tempo para dizer algo, a tensão da sensação - do desejo de vomitar - tornar-se insuportável e, se não conseguirmos forçá-lo a falar, ele começara mesmo a vomitar. Assim obtemos uma impressão plástica do fato de que o vomitar **toma o lugar** de um ato psíquico (nesse exemplo, o ato de proferir), exatamente como sustenta a teoria conversiva da histeria”.³⁹

A esse respeito, Laplanche e Pontalis comentam:

“(...) a transferência deve ser parcialmente considerada como uma resistência, na medida em que substitui a lembrança falada pela repetição atuada, e devemos assim, acrescentar que a resistência a utiliza mais não a constitui”.⁴⁰

As relações entre resistência, repetição, atuação e transferência serão mais exploradas e ganharão mais profundidade a partir dos postulados encontrados no importante trabalho “Recordar, Repetir e Elaborar”⁴¹, no qual, o tratamento psicanalítico toma uma dimensão distinta das primeiras idéias de Freud, expostas aqui. Tratarei dessa questão em outra seção deste trabalho.

E por fim, chego ao terceiro obstáculo, ao método de pressão na frente, que envolve três condições que perturbam a relação médico-paciente. A primeira ocorre quando o paciente apresenta uma reação persecutória, sentindo-se ameaçado em

³⁷ FREUD, Sigmund (1912 a). A dinâmica da transferência. *ESB*, Vol. XII, 1996.

³⁸ FREUD, Sigmund (1905 a). Fragmentos de análise de um caso de histeria. *ESB*, Vol. VII, 1996.

³⁹ FREUD, Sigmund (1895 a). Op. cit., p.308, os grifos são meus.

⁴⁰ LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J-B. (1967). *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 2000, p.459.

⁴¹ FREUD, Sigmund (1914 b). Repetir, recordar e elaborar. *ESB*, Vol. XII, 1996.

seu amor próprio, ou ainda, quando este ouve algum comentário desfavorável a respeito do médico ou do seu método. Uma discussão a respeito da desavença parece ser suficiente para re-estabelecer a cooperação do paciente e garantir a continuidade do tratamento. Porém, Freud confessa que os histéricos são propensos a esse tipo de reação persecutória.

Ao considerar a primeira condição que perturba a relação terapêutica, já se faz notar um Freud convencido da importância de uma boa relação entre médico-paciente para o sucesso do tratamento. Em análise, é recomendado que o médico tenha empatia com o paciente e é indispensável que o doente coopere e confie no trabalho do seu médico para que o tratamento colha bons frutos.

Apesar da constatação de que o pai da psicanálise já reconhece a importância de uma boa relação terapêutica, este ainda a vê deslocada da transferência. Isto se deve ao fato de não considerar esse fenômeno como o “verdadeiro veículo da ação terapêutica”.⁴²

A segunda condição que traz prejuízo à relação terapêutica, parece ser mais séria. Ocorre quando o paciente defende-se do temor de depender do seu médico, inclusive sexualmente. Para o médico, o fato de o doente sentir-se dependente torna-se um problema, já que o paciente pode apresentar um novo motivo para a resistência. Ele pode sentir uma dor de cabeça, por exemplo, no instante da pressão na frente, dificultando a continuidade do tratamento. Mais uma vez é possível constatar a relação da resistência com a transferência (atualização de sentimentos eróticos). Porém, como já foi apontado, para que esta relação possa ser estabelecida é necessário que haja maior compreensão sobre o conceito tanto de resistência como da transferência, que nesse momento da obra freudiana, 1895, ainda não é possível de ser realizada.

E é com a terceira condição que perturba a relação médico-paciente, que Freud chega ao inaugural conceito de transferência. Aqui vale a pena a transcrição completa:

“Quando o paciente se assusta ao verificar que está **transferindo** para a figura do médico as representações aflitivas que emergem do conteúdo da análise. Essa é uma ocorrência freqüente e a, rigor, usual

⁴² FREUD, Sigmund (1910 b). Cinco Lições de Psicanálise, *ESB*, Vol. XI, 1996, p. 62.

em algumas análises. A **transferência** para o médico se dá por meio de uma falsa ligação”.⁴³

E mais adiante, Freud acrescenta: “O conteúdo do desejo aparece, antes de tudo, na consciência do paciente, sem nenhuma lembrança das circunstâncias contingentes que o teriam atribuído a uma época passada”.⁴⁴

Temos assim que nesse começo do percurso freudiano o fenômeno da transferência revela os seguintes pontos: em primeiro lugar, o processo transferencial é freqüente e regular na análise e quando o médico é envolvido pessoalmente em uma circunstância, trata-se sempre de transferência. Em segundo lugar, a estrutura da transferência se vale de um desejo do passado que foi recalçado e que no presente, mais precisamente na relação com o médico, é atualizado, despertando, dessa forma, afetos constituídos no passado.

Assim, em 1895, a transferência consiste em uma modalidade de deslocamento de afetos de uma representação (original) para outra (médico). Isto leva o paciente a crer que o que está sentindo não tem nenhuma conexão com o passado, trata-se de uma impressão de “atualidade acentuada”⁴⁵, pelo fato do processo transferencial ser inconsciente. Para melhor compreender esta primeira definição de transferência, já se faz necessário examinar as noções de afeto, representação e deslocamento recorrendo à metapsicologia freudiana.

Já nos primeiros escritos de Freud a noção de afeto ocupa uma posição de destaque. Portanto, em “Psicoterapia da Histeria”, não é diferente pois o médico vienense está bastante voltado para o trabalho terapêutico das neuroses e reserva, com isso, um lugar privilegiado ao afeto.

A teoria das neuroses, postulada por Freud em 1895, sustenta que a etiologia dessas enfermidades baseia-se em um trauma, de natureza sexual, em que o afeto correspondente a essa vivência traumática não é descarregado adequadamente. Tal afeto tem a propriedade de se separar de sua representação original, podendo ter diferentes destinos. O afeto pode ser convertido no soma (histeria) ou associar-se a outra representação (neurose obsessiva).⁴⁶ Assim, temos que uma das vicissitudes possíveis do afeto é a possibilidade deste associar-se a outra representação. Então,

⁴³ FREUD, Sigmund (1895 a). Op. cit., p. 313, os grifos são meus.

⁴⁴ Idem, ibidem.

⁴⁵ LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J-B. (1967). Op. cit., p. 515.

⁴⁶ A representação (da histeria e da neurose obsessiva) separada da carga afetiva é recalçada e passa a ser inconsciente.

o afeto constituído em uma certa circunstância passada pode facilmente se associar a uma representação presente, por exemplo, a figura do médico em uma situação analítica.

A transferência apresenta-se, dessa forma, como um produto da compulsão de associar, estruturando-se como uma “falsa ligação”⁴⁷. Assim, temos que a constituição da transferência assemelha-se à formação sintomática, pois ambas são criadas a partir das mesmas condições, isto é, por “deslocamento de afeto entre representações”.⁴⁸

Diante dessas formulações sobre a constituição do processo transferencial não é difícil perceber que a técnica utilizada para se resolver uma transferência, ou seja, a interpretação, objetiva desfazer a falsa conexão, restabelecendo as ligações originais, por meio da comunicação consciente.

Assim, do ponto de vista terapêutico, o médico necessita tornar o obstáculo (transferência) consciente ao paciente, por meio da interpretação desse fenômeno, desfazendo a falsa ligação.

A partir das descobertas da resistência e do fenômeno transferencial, aos poucos, a perspectiva do tratamento das neuroses muda. A análise catártica dos sintomas ligada a ab-reação deixa de ser, como dizem Laplanche e Pontalis “a mola principal do tratamento”⁴⁹, para dar lugar à análise da transferência e da resistência, privilegiando a elaboração psíquica.

Porém, vale ressaltar que a catarse não deixou de ser um aspecto relevante na análise, já que “o efeito catártico se encontra nas diversas modalidades de repetição ao longo do tratamento, e singularmente na atualização transferencial”.⁵⁰

Temos então, que a transferência nos primórdios da psicanálise é considerada como uma modalidade da resistência, constituindo-se através do deslocamento de afetos de uma representação para outra (falsa conexão), sendo entendida dessa maneira como um sintoma entre muitos outros.

É justamente essa idéia de que a transferência é mais um sintoma entre muitos outros, que ainda não se apresenta como parte essencial da relação, analítica e, sobretudo, por ser vista unicamente como obstáculo ao tratamento que

⁴⁷ FREUD, Sigmund (1895 a). Op. cit., p. 314.

⁴⁸ MEZAN, Renato (1991). *A transferência em Freud: apontamentos para um debate* In: SLAVUTSKY, Abrão (Org) (1991). *Transferências*. São Paulo: Escuta, 1991.

⁴⁹ LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J-B. (1967). Op. cit., p. 61.

⁵⁰ Idem, ibidem.

Birman e Nicéas consideram, com justa razão, que esse fenômeno ocupa em 1895 uma “posição periférica”⁵¹ dentro do referencial freudiano.

Apesar de a transferência ser um conceito não central em “Psicoterapia da Histeria”, já se pode reconhecer a genialidade de Freud. Pois, quando esse pensador se deparou com sérios empecilhos ao seu método, brilhantemente os converteu em instrumentos. O que era obstáculo (resistência e transferência) passou a ser ferramenta para alicerçar um novo campo do saber, a psicanálise!

A esse respeito Lagache lembra:

“Cada dificuldade, cada fracasso, foi o ponto de partida de uma pesquisa psicológica e de uma inovação técnica. Se todos os pacientes tivessem sido hipnotizáveis, não teria havido psicanálise: e, nesse sentido, pode-se sustentar que a psicanálise nasceu da resistência e dos efeitos negativos da transferência”⁵².

1. 2. A transferência na teoria do aparelho psíquico

“Segundo consenso geral, *Interpretação dos Sonhos* é a maior obra de Freud”⁵³, pois revela as idéias mais originais desse brilhante pensador. A importância dessa obra atinge tal grau a ponto de Freud declarar, em março de 1931, no Prefácio à terceira edição inglesa da “*Interpretação dos Sonhos*”⁵⁴ que este trabalho é “a mais valiosa de todas as descobertas que tive a felicidade de fazer. Um discernimento claro como esse só acontece uma vez na vida”⁵⁵.

Nesse trabalho, Freud introduz algo bastante inovador, ao descrever a formação e o funcionamento dos sonhos, conhecimentos estes que contribuíram para a elaboração do primeiro modelo do aparelho psíquico, isto é, a chamada primeira tópica.

Acredito ser importante apresentar brevemente as leis que regulam o funcionamento do aparelho psíquico, descobertas em 1900, a partir do estudo dos

⁵¹ BIRMAN, J. & NICÉAS, C. A. (1984). Constituição do campo transferencial e o lugar da interpretação psicanalítica. Um estudo sobre o pensamento de Freud. *Revista Teoria da Prática Psicanalítica*. Rio de Janeiro, Campus, nº 1, 1984, p. 23.

⁵² LAGACHE, Daniel (1980). *A transferência*. São Paulo: Martins Fontes, 1990, p. 6/7.

⁵³ JONES, Ernest (1989). Op. cit., p. 352.

⁵⁴ FREUD, Sigmund (1900). *A Interpretação dos Sonhos*. *ESB*, Vol. IV e V, 1996.

⁵⁵ Idem, p. 38.

sonhos e do funcionamento dos processos neuróticos, já que a transferência é um fenômeno produzido por esse aparelho, obedecendo portanto, as leis que o regem.

É no capítulo VII – “A psicologia dos processos oníricos”⁵⁶ - do livro a “Interpretação dos Sonhos” que ocorre a elaboração da primeira teoria do funcionamento mental. Nesse capítulo, o médico vienense estabelece uma relação entre os conhecimentos que já havia adquirido com o tratamento de seus pacientes neuróticos, com as descobertas do estudo dos sonhos, ou seja, com a descrição do funcionamento inconsciente. Esta relação é fruto do entendimento de Freud (desde 1895 no Projeto⁵⁷) de que os processos neuróticos se assemelham à formação dos sonhos.

Assim, Jones comenta: “os mecanismos encontrados durante a análise de um sonho apresentam uma forte semelhança com aqueles com que ele [Freud] se familiarizara ao analisar sintomas psiconeuróticos”.⁵⁸

Em 07 de junho de 1897, Freud escreve a Fliess: “Os sonhos contêm a psicologia das neuroses de forma resumida”.⁵⁹

Temos, então, que a partir da articulação entre o conhecimento dos processos neuróticos e a formação dos sonhos, Freud elabora a primeira teoria do aparelho psíquico.

Nela, o médico vienense, constrói a primeira tópica que organiza o psiquismo em torno das instâncias inconsciente, pré-consciente e consciente. Define também os dois processos do funcionamento mental (primário e secundário). Além disso, estabelece as idéias de: conflito psíquico entre pulsões eróticas e ego (ou consciência); recalçamento; representação inconsciente; censura; e desejo.

Portanto, temos que a teoria do aparelho psíquico deve ser entendida como um modelo de funcionamento psíquico, pois não está fundada em compreensões neurológicas, ou seja, não há um “sentido anatômico que lhe seria atribuído por uma teoria das localizações cerebrais”.⁶⁰

Então, em 1900, Freud desenvolve uma importante teoria da mente que já almejava realizar desde 1895, no Projeto⁶¹, mas que naquele momento não foi

⁵⁶ FREUD, Sigmund (1900). Op. cit., p. 541.

⁵⁷ FREUD, Sigmund (1895 b). Projeto para uma Psicologia Científica. *ESB*, Vol. I, 1996.

⁵⁸ JONES, Ernest (1989). Op. cit., p. 359.

⁵⁹ MASSON, Jeffrey, M. (1986). *A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess – 1887-1904*. Rio de Janeiro: Imago, 1986.

⁶⁰ LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J-B. (1967). Op. cit., p. 29.

⁶¹ FREUD, Sigmund (1895 b). Op. cit.

possível, por ainda estar voltado para a questão de ordem neurológica, pois pretendia escrever uma psicologia para neurologistas.

Strachey é muito claro a esse respeito, quando afirma:

“(...) com o passar do tempo, seu [de Freud] interesse foi-se desviando gradualmente dos problemas neurológicos e teóricos para os problemas psicológicos e clínicos, e ele acaba por abandonar todo o esquema. E quando, alguns anos depois, no capítulo VII desta obra [“Interpretação dos Sonhos”], Freud retoma o problema teórico – embora por certo jamais abandonasse a crença de que uma base física da psicologia seria finalmente estabelecida -, o fundamento neurofisiológico foi aparentemente abandonado”.⁶²

Desta forma, ao estudar e analisar os sonhos e principalmente ao articular essa análise com a teoria das neuroses, Freud concebe as leis que regem o funcionamento mental, deslocando os processos mentais neurológicos para o campo da representação. Estabelece ainda definitivamente, como objeto da psicanálise, o inconsciente.

É, neste sentido, que a transferência passa a ter uma maior importância dentro do referencial psicanalítico, por proporcionar ao analista o acesso ao material inconsciente de seu analisando.

Depois dessa breve apresentação sobre a importante obra “Interpretação dos Sonhos”, volto a minha atenção para a transferência.

A transferência é lembrada em alguns momentos de “Interpretação dos Sonhos”, no mesmo sentido já discutido em “Psicoterapia da Histeria”.

Porém, no capítulo sétimo, mais precisamente, na seção c da “Realização de Desejo”⁶³, a compreensão do fenômeno da transferência suscita divergências entre alguns comentadores de Freud (Laplanche, Pontalis e Strachey).

Ao explicar a participação dos restos diurnos, na formação dos sonhos, Freud afirma:

“E só é possível fazê-lo [compreender a participação dos restos diurnos nos sonhos] se tivermos firmemente presente o papel desempenhado pelo desejo inconsciente e então buscarmos informação na psicologia das neuroses. Com esta aprendemos que uma representação inconsciente, como tal, é inteiramente incapaz de penetrar no pré-consciente, que só pode exercer ali algum efeito

⁶² STRACHEY, James In: FREUD, Sigmund (1900). Op. cit., p. 23-4.

⁶³ FREUD, Sigmund (1900). Op. cit., p. 580.

estabelecendo um vínculo com uma representação que já pertença ao pré-consciente, **transferindo** para ela sua intensidade e fazendo-se encobrir por ela. Aí temos o fato da **transferência**, que fornece uma explicação para inúmeros fenômenos notáveis da vida anímica dos neuróticos”.⁶⁴

O editor inglês, James Strachey⁶⁵, em nota de rodapé, adverte o leitor de que o termo transferência, empregado nesta passagem, não corresponde ao mesmo processo encontrado no tratamento psicanalítico, apesar de afirmar que esses processos se correlacionam. Strachey considera que Freud, desde o início da psicanálise, portanto em “Psicoterapia da Histeria”, entende que a transferência dentro da análise significa: “transferir para um objeto contemporâneo sentimentos que originalmente se aplicavam, e ainda se aplicam inconscientemente, a um objeto infantil”.⁶⁶

Tem-se então, que Strachey pondera que, na seção c – de “Realização de Desejos” -, não se trata de transferência (que ocorre no tratamento psicanalítico), por considerar que nessa passagem, Freud está se referindo ao processo de formação dos sonhos e não a atualização de desejo para um objeto contemporâneo.

Porém, para Laplanche e Pontalis, o processo de transferência, encontrado na referida seção c, é o mesmo que se instala nas análises terapêuticas, pois, para os autores franceses, a transferência na origem da psicanálise é “um caso particular de deslocamento do afeto de uma representação para outra”⁶⁷, assim como descrito por Freud, na passagem acima citada.

Podemos verificar que, desde “Psicoterapia da Histeria”, portanto já nos primórdios da psicanálise, Freud entende a transferência como uma forma de deslocamento:

“(…) o conteúdo do desejo apareceu, antes de mais nada, na consciência da paciente, sem nenhuma lembrança das circunstâncias contingentes que teriam atribuído a uma época passada. O desejo assim presente foi então graças à compulsão a associar que era dominante na consciência da paciente, ligada a minha pessoa, na qual a paciente estava legitimamente interessada e como resultado dessa *mésalliance* - que descrevo como uma falsa ligação”.⁶⁸

⁶⁴ FREUD, Sigmund (1900). Op. cit., p. 591-2, os grifos são meus.

⁶⁵ STRACHEY, James. In: FREUD, Sigmund (1900). Op. cit., p. 591-2.

⁶⁶ Idem, ibidem.

⁶⁷ LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J-B. (1967). Op. cit., p. 516

⁶⁸ FREUD, Sigmund (1895 a). Op. cit., p. 314.

E se o psicanalista é prioritariamente eleito como alvo da transferência na situação analítica “é porque constitui uma espécie de resto diurno sempre à disposição do sujeito, e também porque esse tipo de transferência favorece a resistência, pois a confissão do desejo recalcado se torna especialmente difícil se tem que ser feita à pessoa visada por ele”.⁶⁹

Como Laplanche e Pontalis, entendo que o processo transferencial descrito por Freud, em “Realização de Desejos”, é o mesmo que ocorre tão comumente em qualquer análise.

Penso desta maneira porque se a formação dos sonhos é um fenômeno semelhante à produção sintomática, como descrito no capítulo VII da “Interpretação dos Sonhos”, então, a semelhança entre o processo de formação dos sonhos e o fenômeno da transferência também é válida, na medida em que a transferência, desde sua origem, se constitui como uma forma de deslocamento de uma representação para outra, assim como a formação de sintomas neuróticos.

Mezan também reflete na mesma direção, ao pontuar:

“(…) fruto da compulsão associativa, ela (transferência) resulta de um processo análogo ao trabalho do sonho: um desejo antigo liga-se a uma representação recente – resto diurno- e assim atravessa a barreira da censura”.⁷⁰

Temos então, que a partir da primeira elaboração do aparelho psíquico, em 1900, e com a descrição e os entendimentos das leis que o regem, a teoria psicanalítica ganha um corpo teórico mais denso e consistente.

Assim, diante das grandes inovações de 1900, Freud prepara o terreno para a redação do “caso Dora”, já que este é considerado como “uma estimativa da importância dos sonhos e uma descrição das peculiaridades do pensamento inconsciente”⁷¹, confirmando clinicamente o que Freud descobriu na “Interpretação dos Sonhos”.

Nesse sentido, Freud declara no “Caso Dora”: “O presente fragmento da história do tratamento de uma jovem histérica destina-se a mostrar de que forma a interpretação dos sonhos se insere no trabalho de análise”.⁷²

⁶⁹LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J-B. (1967). Op. cit., p. 516.

⁷⁰MEZAN, Renato (1991). Op. cit.

⁷¹MASSON, Jeffrey, M. (1986). Op. cit.

⁷²FREUD, Sigmund (1905 a). Op. cit., p. 26.

1.3. Transferência no caso Dora

Passo agora a considerar um dos "clássicos estudos clínicos do campo freudiano"⁷³, o "caso Dora".

A maneira pela qual Freud narra seus casos clínicos - e o caso Dora não é exceção - revela algo muito importante sobre o seu estilo de escrita. O estilo de escrita freudiano é determinado pelo objeto de investigação da psicanálise, ou seja, pelo inconsciente.

Freud, ao comentar com Fliess o seu estilo de escrever, não deixa dúvidas:

"[O texto] segue completamente os ditames do inconsciente, segundo o célebre princípio de Itzig, o viajante dominical – Itzig, para onde você vai? – E eu sei? Pergunte ao cavalo. Não iniciei um só parágrafo sabendo onde ele iria terminar".⁷⁴

Assim Freud, ao criar a psicanálise, inaugura também uma forma de relatar um caso clínico. Tal inovação na escrita decorre do fato deste psicanalista ter abandonado o método utilizado em "Estudos sobre A Histeria" e ter passado a deixar "que o próprio paciente determine o tema do trabalho cotidiano"⁷⁵, buscando, dessa maneira, desvendar o significado inconsciente das associações de seu analisando.

Com o emprego da regra da associação livre temos que o conteúdo trazido, pelo paciente, em análise "emerge em fragmentos, entremeados com vários contextos e distribuídos por épocas amplamente dispersas".⁷⁶ O fato de o paciente relatar experiências de sua vida de forma fragmentária e incompleta não quer dizer que ele seja "mentiroso e simulador, como dizia os discursos da Medicina e da Psiquiatria do final do século XIX, mas é um indivíduo que desconhece os fantasmas que perpassam o seu funcionamento mental. Por isso mesmo, a história apresentada inicialmente pelo analisando ao analista é necessariamente *incompleta*. Porém, não é incompleta por razões contingentes, mas por razões de *ordem estrutural*. Enfim, por razões estruturais o inconsciente é regulado pelo recalque, e a suspensão do recalque não se empreende mediante um ato de vontade, mas

⁷³ BIRMAN, Joel (1992). Op. cit., p. 115.

⁷⁴ MASSON, Jeffrey, M. (1986). Op. cit., p. 320.

⁷⁵ FREUD, Sigmund (1905 a). Op. cit., p. 23.

⁷⁶ Idem, *ibidem*.

por meio de um processo psicanalítico”.⁷⁷ Assim, a tarefa do analista passa a ser, por meio da associação livre do paciente e da interpretação da transferência pelo analista, acessar a verdade inconsciente do analisando, já que tais representações são incapazes de penetrar na consciência de maneira direta.

Desse modo, o estilo inaugurado por Freud ao relatar um caso clínico privilegia a história libidinal e identificatória do analisando como “uma espécie de biografia da vida inconsciente”.⁷⁸ Buscar compreender a história libidinal e identificatória de alguém, por meio da psicanálise, significa necessariamente traçar o percurso dos seus desejos, da sua sexualidade infantil e os possíveis desdobramentos de sua resolução edípica. Tal busca se passa, obrigatoriamente, pela instalação e interpretação da transferência, e nesse sentido, pode-se sustentar que resolver a transferência significa para o analisando tornar consciente alguns aspectos de sua vida inconsciente.

Temos, portanto, que devido ao mecanismo da neurose, assim como pelo próprio exercício da psicanálise, os relatos dos casos clínicos de Freud, podem ser equiparados a um trabalho literário, assim como um “romance”.⁷⁹

Freud, já nos primórdios da psicanálise, mais exatamente no caso Elizabeth Von R, esclarece essa questão:

“(…) ainda me causa estranheza que os relatos de casos que escrevo pareçam contos e que, como se poderia dizer, falta-lhes a marca de seriedade da ciência. Tenho de consolar-me com a reflexão de que a natureza do assunto é evidentemente a responsável por isso, e não qualquer preferência minha. A verdade é que o diagnóstico local e as reações elétricas não levam a parte alguma no estudo da histeria, ao passo que uma descrição pormenorizada dos processos mentais, como os que estamos acostumados a encontrar nas obras dos escritores imaginativos, me permite, com o emprego de algumas fórmulas psicológicas, obter pelo menos alguma espécie de compreensão sobre o curso dessa afecção”.⁸⁰

O relato do caso Dora, portanto, é comparável à estrutura de um romance, no qual, todos os acontecimentos da história giram em torno da adolescente de 18 anos. E os desdobramentos desse enredo só são revelados no final, suscitando um ar de suspense e ao mesmo tempo, proporcionando ao leitor que ele imagine o

⁷⁷ BIRMAN, Joel (1992). Op. cit., p. 111.

⁷⁸ HERMANN, Fabio (2001). Ler Freud, escrever com Freud. *Psicanálise e Universidade*, n° 14, 2001, p. 42.

⁷⁹ JONES, Ernest (1989). Op. cit., p. 261.

⁸⁰ BREUER, Josef & FREUD, Sigmund (1895). Op. cit., p. 183-4.

desfecho em função de sua identificação com o personagem central – Dora. Porém, ao mesmo tempo, nessa bela monografia, Freud não deixa de ocupar o lugar de analista e de professor de psicanálise ao pontuar para o leitor o processo (já incluindo a importante análise da transferência), os conceitos e a lógica psicanalítica desse caso.

Assim, aos moldes de um romance, o caso Dora refere-se à história de dois casais infelizes com a sua união e com Dora diretamente envolvida nesses conflitos.⁸¹ Um dos casais era composto pelos pais de Dora, sendo que o seu pai mantinha um relacionamento com a mulher de seu amigo, a Sra. K. A mãe de Dora era vista por ela como uma mulher desinteressante, preocupada exclusivamente com as tarefas domésticas.

Ao contrário da impressão que Dora tinha de sua mãe, a Sra. K. era considerada (pela adolescente) como uma mulher interessante. Esse fato possibilitou que a jovem tivesse ciúmes tanto do pai, quanto da sua amante. Já o Sr. K. apaixonou-se por Dora e a cortejou por algum tempo. Quando a jovem completou 18 anos, ele deu sinais de que almejava declarar-se à moça, que reagiu dando-lhe uma bofetada e fugindo dele.

A análise da jovem de 18 anos foi bastante breve, durou cerca de três meses. Imediatamente após Dora abandonar o tratamento, Freud se dedicou a escrever o caso clínico e finalizou-o, surpreendentemente, em apenas duas semanas. Em janeiro de 1901 o trabalho já estava completado e Freud tencionava publicá-lo. Por motivos diversos, apontados pelo próprio Freud e por Jones⁸², o caso só foi publicado em 1905. Sabemos pela correspondência de Freud a Fliess, que o título original do caso Dora era: “Sonhos e a Histeria, Fragmentos de uma Análise”.⁸³ A respeito do título original, não fica difícil perceber que Freud pretendia demonstrar a importância da análise dos sonhos para a resolução das neuroses, considerando o caso Dora como a “continuação do livro sobre os sonhos [Interpretação dos Sonhos]”.⁸⁴

⁸¹ Q. V. a JONES, Ernest (1989). Op. cit., para conhecer maiores detalhes sobre o caso Dora.

⁸² Para conhecer os motivos que adiaram a publicação do caso reportar-se a FREUD, Sigmund (1905). Op. cit. e a JONES, Ernest (1989). Op. cit.

⁸³ MASSON, Jeffrey, M. (1986). Op. cit.

⁸⁴ Idem, ibidem.

Dessa maneira, a experiência analítica de Dora confere ao trabalho dos sonhos uma “prova adicional”⁸⁵ da relevância das produções oníricas tanto para a compreensão do funcionamento mental quanto para a constituição das neuroses.

Como já mencionado, passados quatro anos da primeira redação, o caso Dora é finalmente publicado, com poucos acréscimos e modificações. Porém, a mudança do título original para “Fragmentos da Análise de um caso de Histeria”⁸⁶ não passa despercebida. Ao mudar o título do relato clínico de Dora, Freud desloca a ênfase que dava para os sonhos e passa a ressaltar a idéia de fragmentos, destacando o fato de a adolescente de 18 anos ter abandonado o tratamento.

A respeito dessa mudança de ênfase, Birman considera que:

“(…) além de indicar indiretamente a não conclusão da análise de Dora, sublinha o reconhecimento crucial da problemática da transferência no processo psicanalítico. O reconhecimento desta problemática freudiana produziu uma inflexão decisiva na história da experiência psicanalítica”.⁸⁷

Foi devido ao abandono da análise por Dora, pelo fato de o médico vienense não ter conseguido “dominar a tempo a transferência”⁸⁸, que Freud criativamente repensa o fundamento metodológico da psicanálise. Não considerando a transferência mais como um fenômeno isolado, mas sim, como um conceito, ao qual, confere um lugar central dentro da teoria psicanalítica.

O leitor pode estar se perguntando: Que elemento do caso Dora proporcionou a Freud que ele repensasse o fundamento metodológico da experiência psicanalítica? A resposta a essa questão está relacionada a dois aspectos, a saber: o primeiro diz respeito à articulação existente no caso Dora, entre o conceito da transferência e a teoria da sexualidade infantil. Já o segundo aspecto refere-se ao reconhecimento da dimensão dupla da transferência, isto é, a desse fenômeno ao mesmo tempo servir de resistência ao tratamento (já que impede a rememoração), e de meio de acesso às representações inconscientes do analisando, desde que interpretadas pelo analista.

Deter-me-ei no segundo aspecto e nas suas implicações e em seguida voltarei minha atenção para o primeiro elemento.

⁸⁵ BIRMAN, Joel. (1992). Op. cit., p. 115.

⁸⁶ FREUD, Sigmund (1905 a). Op. cit.

⁸⁷ BIRMAN, Joel (1992). Op. cit., p. 116.

O leitor atento de Freud pode questionar que desde “Psicoterapia da Histeria”, a transferência já é considerada e reconhecida, porém não se pode deixar de argumentar que “uma coisa é reconhecer a existência do fenômeno da transferência no processo analítico e outra inteiramente diversa é circunscrever *o lugar estratégico da transferência na experiência psicanalítica*, isto é, que é *pela* transferência e *na* transferência que se realiza no fundamental a experiência analítica”.⁸⁹

Dessa maneira, a noção de transferência em “Psicoterapia da Histeria” não tem uma grande importância dentro da técnica e do processo analítico, pois é pensada apenas como resistência ao tratamento – obstáculo -, ou seja, possui somente uma dimensão negativa.⁹⁰

É a partir da narrativa do caso Dora, com Freud se dando conta do seu erro técnico em não ter manejado os aspectos transferenciais a tempo, que a dimensão positiva da transferência é considerada, pois “a transferência destinada a constituir o maior obstáculo à psicanálise, converte-se em sua mais poderosa aliada quando se consegue detectá-la a cada surgimento e traduzi-la para o paciente”.⁹¹

Strachey, em nota de rodapé também entende que “o trecho acima é o primeiro em que ele [Freud] indica a importância da transferência como um fator do processo terapêutico da psicanálise”.⁹²

Porém, essa compreensão de que é, a partir da redação do caso Dora, que Freud reconhece que o processo psicanalítico se dá na e pela transferência, não é consensual.

Ao definir transferência, no posfácio, Freud escreve:

“O que são transferências? São reedições, reproduções das moções e fantasias que, durante o avanço da análise, soem despertar-se e tornar-se conscientes, mas com a característica (própria do gênero) de substituir uma pessoa anterior pela pessoa do médico”.⁹³

Para Laplanche e Pontalis, essa definição de transferências (utilizando o termo no plural) denota que Freud a compreende da mesma forma que em

⁸⁸ FREUD, Sigmund (1905 a). Op. cit., p. 113.

⁸⁹ BIRMAN, Joel (1992). Op. cit., p. 118.

⁹⁰ Empréstimo de Birman a explicação de que o sentido da dimensão negativa da transferência, empregado aqui, refere-se ao processo terapêutico, ou seja, a transferência estar a serviço da resistência, na qual o paciente age ao invés de recordar. A dimensão positiva é entendida como aliada ao tratamento. Não se trata, portanto, de transferências negativa e positiva.

⁹¹ FREUD, Sigmund (1905 a). Op. cit., p. 112.

⁹² STRACHEY, James. In: FREUD, Sigmund (1905). Op. cit., p. 112-3.

“Psicoterapia da Histeria”, ou seja, como um fenômeno que não faz parte “da essência da relação terapêutica”⁹⁴ por ainda não ser reconhecido como aliado ao tratamento.

A compreensão de Lagache sobre a transferência, no relato do caso Dora, é correlata à de Laplanche e Pontalis:

“(…) a transferência é apresentada como uma perturbação associativa, que impede o acesso das lembranças recalçadas, é uma falsa conexão, uma aliança desigual, em outras palavras, Freud parece se impor, no que concerne a elaboração teórica do conceito de transferência, restrições que já estão superadas em certos trabalhos psicanalíticos anteriores a 1910”.⁹⁵

Apesar de a definição de transferência elaborada no caso Dora evidenciar esse fenômeno como algo isolado e não central dentro da teoria psicanalítica, há outros aspectos que apontam para outra direção. Inegavelmente, a transferência só pode ocupar o lugar central dentro da teoria freudiana e ser pensada em sua dupla dimensão se houver a articulação entre esse fenômeno e a teoria da sexualidade infantil.

Então, passo agora a indicar os aspectos do caso Dora que evidenciam a articulação entre transferência e sexualidade infantil, para que esse fenômeno possa ser considerado em sua duplicidade. Dessa maneira, também passo a explorar e responder o segundo elemento da questão que formulei anteriormente (na página 26) – qual seja, que elemento do caso Dora proporcionou a Freud que ele repensasse o fundamento metodológico da experiência psicanalítica?

Freud alerta o leitor, em notas preliminares do caso Dora,⁹⁶ que as concepções teóricas desse caso são bastante diversas das encontradas em “Estudos sobre A Histeria”. A análise de Dora certamente é fundamentada na teoria proposta em “Interpretação dos Sonhos”, na qual os sonhos são uma forma de realização de desejos.

Freud nesse sentido não deixa dúvidas: “este caso clínico [Dora] pressupõe o conhecimento da interpretação dos sonhos, sua leitura parecerá extremamente

⁹³ FREUD, Sigmund (1905 a). Op. cit., p. 111.

⁹⁴ LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J-B. (1967). Op. cit., p. 517.

⁹⁵ LAGACHE, Daniel. (1980). Op. cit., p. 13-4.

⁹⁶ FREUD, Sigmund (1905 a). Op. cit., p. 19-25.

insatisfatória àqueles que não atenderem a esse pressuposto”.⁹⁷ Além da narrativa da neurose de Dora ser centrada na tese fundamental do livro sobre os sonhos de Freud, esta também é permeada pelas descobertas anunciadas no trabalho “Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade”, revelando o grande dinamismo do pensamento freudiano.

Tanto as correspondências de Freud a Fliess, datadas desse período, quanto as notas do editor inglês, James Strachey, corroboram o fato de a narrativa do caso Dora ter tido influências dessas duas grandes obras legadas por Freud.

Para Strachey,

“(...) surpreendente que sua [de Freud] teoria da sexualidade infantil tivesse alcançado tal ponto de desenvolvimento tantos anos antes da publicação dos Três Ensaio (1905), que de fato apareceram quase simultaneamente a este trabalho [caso Dora]”.⁹⁸

Birman não deixa de comentar que:

“Nos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, que publicou no mesmo ano que o estudo sobre Dora, Freud indicou e desenvolveu de forma sistemática as proposições teóricas que desdobrou no plano clínico na escuta de Dora. As teses fundamentais são as mesmas, porque aqui também Freud delineou o campo da sexualidade como o território legítimo do sujeito”.⁹⁹

O editor inglês também explica: “este trabalho [Dora] forma um elo entre a Interpretação dos Sonhos e os Três Ensaio. O primeiro é seu antecedente, e o segundo, sua conseqüência”.¹⁰⁰

Portanto, é sobre esse terreno teórico fértil, subjacente à “Interpretação dos Sonhos” e aos “Três Ensaio”, que Freud publica o caso Dora e entende a problemática transferencial, argüindo que, em análise, a formação sintomática “fica regularmente sustada”,¹⁰¹ ao passo que a produtividade da neurose é capaz de produzir “um gênero especial de formação de pensamento, em sua maioria inconsciente, as quais se pode dar o nome de transferências”.¹⁰²

Mais adiante Freud continua:

⁹⁷ Idem, *ibidem*.

⁹⁸ STRACHEY, James, In: FREUD, Sigmund (1905 a). Op. cit., p. 17.

⁹⁹ BIRMAN, Joel (1992). Op. cit., p. 108.

¹⁰⁰ STRACHEY, James, In: FREUD, Sigmund (1905). Op. cit., p. 16.

¹⁰¹ FREUD, Sigmund (1905 a). Op. cit., p. 111.

“Toda uma série de experiências psíquicas prévias é revivida, não como algo do passado, mas como um vínculo atual com a pessoa do médico. Algumas dessas transferências em nada se diferenciam de seu modelo, no tocante ao conteúdo, senão por essa substituição. São, portanto, para prosseguir na metáfora simples reimpressões, reedições inalteradas. Outras se fazem com mais arte: passam por uma modificação de seu conteúdo, uma sublimação, como costume dizer, podendo até tornarem-se conscientes ao se apoiarem em alguma particularidade real habilmente aproveitada da pessoa ou das circunstâncias do médico. São portanto edições revistas, e não mais reimpressões”.¹⁰³

Diante da definição freudiana, a transferência se realiza em dois sentidos. No primeiro, refere-se à repetição, sem modificação no texto original, para se manter na metáfora freudiana, apesar de ocorrer mudança de objeto. Já no segundo sentido, o processo é mais elaborado, tendo uma mudança no registro da repetição, ou seja, uma inflexão da libido levando à sublimação, e para continuar ainda na metáfora, há uma reedição do texto original com modificações e revisões. Portanto, a transferência no segundo sentido é um texto revisado e modificado do primeiro.

Passando do sentido metafórico para a linguagem psicanalítica, temos com Birman que:

“(…) utilizando os enunciados conceituais dos Três Ensaio sobre a teoria da sexualidade que permeiam a leitura de Dora, podemos formular que a experiência da transferência no processo psicanalítico é o caminho metodológico que se oferece ao sujeito como abertura para a simbolização da sexualidade perverso-polimorfa e que esta modalidade de sexualidade se evidencia na resistência de transferência, como atualização do circuito pulsional no espaço analítico”.¹⁰⁴

Assim, com a articulação entre sexualidade infantil e transferência fica fácil dar o passo adiante, que consiste em reconhecer a duplicidade do processo transferencial. Isto é, que apesar desse fenômeno oferecer-se como resistência, também é só por meio de sua interpretação que a verdade inconsciente do analisando, ou seja, de sua sexualidade infantil, é revelada.

Desse modo, tanto a articulação entre a transferência e a sexualidade infantil, quanto o conseqüente reconhecimento da dimensão dupla da transferência,

¹⁰² Idem, ibidem.

¹⁰³ FREUD, Sigmund (1905 a). Op. cit., p. 111.

possibilitaram a Freud que houvesse uma inflexão histórica na metodologia psicanalítica, evidenciando e colocando a transferência como o terreno em que se realiza a experiência analítica.

Portanto, essas duas considerações, conexão entre sexualidade infantil e transferência e duplicidade desse fenômeno, são as chaves para solucionar a questão que formulei anteriormente (na página 26), ou seja, de quais são os elementos que explicam a mudança metodológica que Freud emprega no relato do caso Dora.

Diante das características e da constituição da transferência, apresentadas até esse momento, a dimensão temporal, implicada no processo transferencial, evidencia-se.

O fato de a transferência constituir-se como um fenômeno capaz de **presentificar**, no aqui e agora da relação analítica, os desejos do analisando que foram despertados no **passado** e levar o analista a interpretar tal revivência, pretendendo **modificá-la** (perlaboração) revela que no processo transferencial há uma dimensão temporal.

O analista ao se deparar com a transferência almeja escrever ¹⁰⁵ outras versões do texto original que o analisando lhe apresenta, ou seja, “edições revisadas”¹⁰⁶, evidenciando nesse processo, portanto: a dimensão do passado – desejos; do presente – atualização de tais desejos; e do futuro – modificação do registro da repetição e superação da resistência.

Nesse sentido, Birman comenta:

“(…) existe uma dimensão prospectiva da transferência, que é uma perspectiva de tempo futuro centrada no tempo presente do processo analítico, sendo justamente isto que possibilita a reabertura do tempo passado e o descongelamento do arquivo da memória”.¹⁰⁷

Desse modo, interpretar a transferência significa ter acesso ao passado do analisando, por meio de sua verdade inconsciente, presentificada na relação

¹⁰⁴ BIRMAN, Joel (1992). Op. cit., p. 126.

¹⁰⁵ Retomo aqui o mesmo sentido metafórico que Freud imprimiu ao definir transferência no “Caso Dora” e que eu explorei na página 30 dessa dissertação.

¹⁰⁶ FREUD, Sigmund (1905 a). Op. cit., p. 111.

¹⁰⁷ BIRMAN, Joel (1992). Op. cit., p. 124.

analítica, e ainda permitir que o sujeito aceite o material recalçado, libertando-o do registro da repetição.

Depois dessa breve consideração sobre a dimensão temporal da transferência, volto a me ocupar do caso Dora.

A partir do que foi exposto até aqui, tem-se que, durante a análise de Dora, Freud ainda não havia compreendido a extensão e a crucial importância da transferência, mas “certamente que a narrativa do caso Dora para a publicação já tem a marca insofismável deste aprendizado”.¹⁰⁸

Durante o tratamento, Freud foi surpreendido pelo abandono da jovem de 18 anos, apesar dos claros sinais que esta lhe demonstrou, desde o primeiro sonho.

O médico vienense não deixa de se penitenciar pelo seu erro e justifica que não ficou atento aos indícios transferenciais que a paciente apresentava, não dominando a transferência, “graças à solicitude com que Dora punha à minha disposição no tratamento uma parte do material patogênico, esqueci a precaução de estar atento aos primeiros sinais da transferência que se preparava com outra parte do mesmo material, ainda ignorado por mim”.¹⁰⁹

Com isso, verifica-se que o médico vienense se recrimina por ter se preocupado fundamentalmente com “uma certa qualidade de matéria, a representação verbalizada com uma certa coerência, e não escutou devidamente um outro nível representativo mais fragmentário que se esboçava nos sonhos de Dora, e que aparecia também de forma velada na relação analítica”¹¹⁰, ou seja, a representação transferencial.

Desse modo, Freud se voltou na análise de Dora para a interpretação de um campo analítico constituído apenas por representações coerentes, sendo seduzido pela fluidez do discurso de sua analisanda.

Foi justamente, o erro técnico com Dora que levou Freud a repensar essa problemática, e passar a “dar menos atenção à limpidez do discurso coerente, ao representado estruturado, para atentar não apenas ao não dito no plano da fala, que aparece como silêncio e vazio na trama discursiva, mas, sobretudo, ao não dito que se substitui por uma ação qualquer, visando o analista e o quadro formal da cura”.¹¹¹

¹⁰⁸ BIRMAN, Joel (1992). Op. cit., p. 123.

¹⁰⁹ FREUD, Sigmund (1905 a). Op. cit., p. 113.

¹¹⁰ BIRMAN, J. & NICÉAS, C. A. (1984). Op. cit., p. 26.

¹¹¹ BIRMAN, J. & NICÉAS, C. A. (1984). Op. cit., p. 27.

Com esse entendimento, o tratamento psicanalítico passa a se tornar complexo, em função da também complexificação do campo analítico, que além de discursivo, agora é sobretudo transferencial.

Dessa forma, não é precipitado concluir que manejar o fenômeno transferencial em análise se torna uma exigência. Porém, Freud lembra que:

“(...) essa parte do trabalho é de longe a mais difícil. Interpretar os sonhos, extrair das associações do enfermo os pensamentos e lembranças inconscientes, e outras artes similares de tradução são fácies de aprender: o próprio doente sempre fornece o texto para elas. Somente a transferência é que se tem de apurar quase que independentemente, a partir de indícios ínfimos e sem recorrer em arbitrariedades”.¹¹²

No relato dessa belíssima análise, que une o encanto de um excelente romance ao instigante conhecimento dos processos mentais, sem dúvida nenhuma, há a marca registrada do aprendizado freudiano, de que a transferência é o verdadeiro terreno onde se realiza uma análise. Com justa razão, Birman afirma que o importante aprendizado que Freud obteve ao tratar a adolescente de 18 anos é a “dívida simbólica da psicanálise”¹¹³ com Dora.

¹¹² FREUD, Sigmund (1905 a). Op. cit., p. 111-2.

Capítulo Dois

Da delimitação do campo analítico à consolidação da transferência na teoria freudiana

2.1. A transferência e a sugestão – a diferença entre a psicanálise e a sugestão

Vimos que, com a análise de Dora, Freud passa a entender a transferência de um modo bastante diverso de “Psicoterapia da Histeria”, já que “o processo psicanalítico passou a ser representado pelo discurso freudiano como estando imantado na sua estrutura pelo eixo da transferência, não se podendo mais pensar nas múltiplas produções psíquicas oferecidas pela figura do analisando à figura do analista sem considerar devidamente o campo da transferência na sua duplicidade”.¹¹⁴

Assim, o processo transferencial que era pensado como um obstáculo, um entrave ao tratamento em 1895, agora é visto em sua dupla perspectiva, ou seja, além de ser um empecilho à análise é também considerado como o meio de acesso à verdade inconsciente do analisando.

É também, a partir do relato clínico de Dora, que Freud coloca a transferência como o fenômeno psíquico capaz de substituir a produção sintomática do paciente, assim como este fenômeno mental passa a ser a expressão da produtividade das neuroses.

Nesse sentido, Freud comenta:

“Durante o tratamento psicanalítico, pode-se dizer com segurança que uma nova formação de sintomas fica regularmente sustada. A produtividade da neurose, porém, de modo algum se extingue, mas se exerce na criação de um gênero especial de formações de pensamento, em sua maioria inconscientes, às quais se pode dar o nome de ‘transferências’”¹¹⁵.

¹¹³ BIRMAN, Joel (1992). Op. cit., p. 117.

¹¹⁴ BIRMAN, Joel (1992). Op. cit., p. 117.

Essa mudança no entendimento do conceito da transferência dentro do referencial freudiano, a partir do relato de Dora, abre caminho para importantes reflexões sobre o processo transferencial dentro da psicanálise, fora dela e principalmente, a respeito da diferenciação entre a psicanálise e outras modalidades de tratamento psíquico, como a sugestão.

No que se refere ao processo transferencial, dentro da esfera psicanalítica, temos que a compreensão da transferência como produto das psiconeuroses, contribuiu significativamente para Freud responder a uma questão que o acompanhava desde “Psicoterapia da Histeria” e que o médico vienense volta a formular no “Caso Dora” - qual seja - será que a instalação da transferência é capaz de “multiplicar o trabalho”¹¹⁶ do analista e proporcionar “algum prejuízo para o doente¹¹⁷”?

Evidentemente que a resposta a essa questão é não, pois se a transferência, depois do relato do caso Dora, passa a ser vista como fruto dos mecanismos neuróticos e é sua expressão, então, necessariamente, o analista terá que lidar com esse fenômeno, interpretando-o e elucidando-o, a fim de resolver a neurose de seu paciente. O analista, dessa forma, não tem um acréscimo de trabalho analítico, já que “é-lhe indiferente ter de superar a respectiva moção do enfermo ligada a sua pessoa ou a alguma outra”.¹¹⁸

O mesmo vale para o neurótico, pois este certamente sofre os efeitos da transferência, por esta ser a expressão de sua doença, e o esforço para superá-la, portanto, não é maior ou mais intenso dentro da situação analítica do que fora dela. Assim, a instalação da transferência em uma análise não acarreta ao analisando nenhuma “nova tarefa que de outro modo ele não executasse”.¹¹⁹

O fato de a transferência ser considerada como a expressão dos mecanismos das psiconeuroses, além de ter ajudado a responder a questão que acompanhava Freud, desde 1895, também lança luz sobre a importante afirmação freudiana, “O tratamento psicanalítico não cria a transferência, mas simplesmente a revela, como a tantas coisas ocultas na vida anímica”.¹²⁰

¹¹⁵ FREUD, Sigmund (1905 a). Op. cit., p. 111.

¹¹⁶ FREUD, Sigmund (1905 a). Op. cit., p. 111.

¹¹⁷ Idem, ibidem.

¹¹⁸ Idem, p. 112.

¹¹⁹ Idem, ibidem.

¹²⁰ Idem, ibidem.

Portanto, se é possível considerar que a transferência é produto dos mecanismos neuróticos do paciente, então, evidentemente que não se pode atribuir à psicanálise a criação desse fenômeno e, sim, à própria neurose.¹²¹

Nas palavras de Birman e Nicéias, a transferência “é um fenômeno universal e não um atributo criado no espaço analítico; relaciona-se, portanto, com a estrutura libidinal do sujeito”.¹²²

Como a transferência não é um fenômeno exclusivo da psicanálise ou mesmo criado por essa técnica terapêutica, temos portanto que esse fenômeno será encontrado em qualquer lugar que existam pessoas, ou melhor, quando tais pessoas estiverem atualizando seus desejos em certos objetos.

Fica fácil compreender, então, que a transferência se faz presente em muitas modalidades de tratamento psíquico, que não o psicanalítico, bem como nos tratamentos sugestivos.

Como o processo transferencial é um fenômeno que ocorre também em tratamentos não psicanalíticos, como os sugestivos, por exemplo, algumas questões se fazem presentes, tais como, qual é o lugar da transferência nos tratamentos sugestivos? Como o processo transferencial é manejado nesses tratamentos? Será que a transferência exerce alguma influência sobre as curas realizadas pela sugestão?

A transferência certamente não tem a mesma consideração nos tratamentos sugestivos, que tem dentro do referencial psicanalítico, pois os médicos que utilizavam a sugestão não eram capazes ainda de identificar, manejar e reconhecer a importância do processo transferencial.

Apesar do médico que aplicava a técnica sugestiva ainda não ser senhor da transferência, este fenômeno não deixa de exercer uma grande influência nas curas operadas pela sugestão. A influência da transferência dentro dos tratamentos sugestivos é de tal ordem que o processo transferencial é a “base”¹²³ para as curas realizadas com a sugestão.

Nesse sentido, Freud escreve:

¹²¹ A partir de 1912, mais exatamente, com o trabalho “A dinâmica da Transferência” Freud passa a considerar o processo transferencial como sendo fruto da estrutura libidinal dos sujeitos, tanto na normalidade como na patologia. Explorarei essa questão em outra parte da presente dissertação.

¹²² BIRMAN, J. & NICÉIAS, C. A. (1984). Op. cit., p. 30.

¹²³ Idem, ibidem.

“Se também se produzem curas da neurose em instituições das quais o tratamento psicanalítico está excluído, se é possível dizer que a histeria não é curada pelo método, e sim pelo médico, e se é freqüente obter-se como resultado uma espécie de dependência cega e de cativo permanente do enfermo perante o médico que o livrou de seus sintomas através da sugestão hipnótica, a explicação científica de tudo isso há de ser vista nas ‘transferências’ que o doente faz regularmente para a pessoa do médico”.¹²⁴

Assim, os pacientes são curados, nos tratamentos não psicanalíticos, por meio da “transferência amorosa”¹²⁵ que se instala na relação terapêutica e, quando essa modalidade de transferência não se faz presente, os neuróticos mudam de médico.

A cura, por meio do tratamento sugestivo, se dá pois “a transferência vai ter um efeito curativo sobre os sintomas, na medida em que os substitui ...”.¹²⁶ Desse modo, enquanto o paciente estiver transferindo para o médico seus desejos inconscientes, a produção sintomática cessa, mas assim que houver uma interrupção na atualização dos desejos para o médico, a produtividade dos sintomas retorna. Portanto, temos que com a técnica sugestiva, há a cura dos sintomas, por meio da instalação da transferência, porém não há a cura da neurose.

Assim, as curas operadas pelo método sugestivo são sempre paliativas e passageiras e nunca definitivas. Isso ocorre uma vez que a sugestão impede “o entendimento do jogo das forças psíquicas; ela não nos permite, por exemplo, identificar a *resistência* com que os doentes se aferram a sua doença, chegando em função disso a lutar contra sua própria recuperação; e é somente a resistência que nos possibilita compreender seu comportamento na vida”.¹²⁷

O fato da técnica sugestiva não levar em conta o conhecimento da resistência e do “jogo das forças psíquicas” do paciente, demonstra a “fragilidade de sua eficácia”¹²⁸, pois ao suggestionar algo ao paciente, o médico está revelando que não conhece as bases dos processos neuróticos e não crê na doença e sofrimento de seu paciente. O desconhecimento do processo patológico pode ser constatado, por exemplo, quando o paciente se queixa de que está sofrendo e, desse modo, a

¹²⁴ FREUD, Sigmund (1905 a). Op. cit., p. 112.

¹²⁵ BIRMAN, J. & NICÉAS, C. A. (1984). Op. cit., p. 31.

¹²⁶ Idem, ibidem.

¹²⁷ FREUD, Sigmund (1904). Sobre a psicoterapia. *ESB*, Vol. VII, 1996, p. 247.

¹²⁸ BIRMAN, J. & NICÉAS, C. A. (1984). Op. cit., p. 35.

tendência do sugestionador é compreender tal discurso como uma “doença imaginária, uma manifestação sem fundamento”.¹²⁹

Contudo, como lembra Ferenczi¹³⁰:

“(…) a psicanálise descobriu que não são os hipnotizadores [e os sugestionadores] mas os doentes que tinham razão”, em relação ao seu sofrimento. Os neuróticos apenas desconhecem as razões pelas quais estão doentes.

Nesse sentido, o discípulo freudiano nos fornece um exemplo:

“O paciente que sofre de agorafobia histérica, que não se atreve a dar um único passo na rua, possui, sem dúvida, um sistema nervoso central e periférico sem falhas, músculos, articulações e ossos em perfeito estado. Mas isso não significa que ele ‘esteja bem’. Laboriosa e pacientemente, a psicanálise busca e encontra a ferida espiritual esquecida, enterrada no inconsciente, da qual a agorafobia é a expressão mascarada, deformada”.¹³¹

Acompanhado ainda o pensamento de Ferenczi temos que:

“(…) ao passo que a hipnose e a sugestão se contentam em negar o mal, ou enterrá-lo mais profundamente – deixando-o na realidade latente no fundo do psiquismo como o fogo sob as cinzas – a psicanálise exume o mal, energicamente mas sem brutalidade, reencontra o foco de incêndio”.¹³²

Por desconhecimento dos mecanismos patológicos, os sugestionadores não dão grande valor aos sintomas, entendendo-os como um produto secundário, destituído de sentido, sendo conveniente eliminá-los.

Indo à direção oposta, está a psicanálise, pois, já em 1895, Freud reconhece que “uma cuidadosa análise psicológica desses casos [neurose obsessiva] mostra que *o estado emocional, como tal, é sempre justificado*”.¹³³

Não é só no início da trajetória freudiana que encontramos esse tipo de afirmação, ou seja, de que os pacientes têm razão em relação ao seu sofrimento, e nem tão pouco que esse fato está restrito às neuroses. Em 1937, Freud declara que

¹²⁹ FERENCZI, Sandor. (1912). *Sugestão e Psicanálise*. Psicanálise I – Obras Completas. São Paulo: Martins Fontes, 1991, p. 222.

¹³⁰ Idem, p. 223.

¹³¹ Idem, ibidem.

¹³² Idem, p. 223-4.

¹³³ FREUD, Sigmund (1895 c). Obsessões e Fobias. *ESB*, Vol. III, 1996, p. 80.

no delírio dos psicóticos há um “elemento de verdade histórica”¹³⁴ e reconhecer o valor dessa verdade nos delírios dos pacientes é indispensável para se compreender o seu sofrimento.

Desse modo, dar crédito à fala do paciente “implica em não assinalar este sofrimento como subproduto de um corpo e de um cérebro inferiorizados na sua natureza, significa considerar rigorosamente não apenas a veracidade do sintoma, apreendê-lo como dizendo alguma coisa, mas também que existe uma subjetividade como suporte e não um corpo involuído que se manifesta numa subjetividade essencialmente defeituosa”.¹³⁵

Assim, Freud ao criar a psicanálise e ao constituí-la como um campo do saber que pretende desvendar o significado inconsciente das associações do analisando, confere a palavra “o direito de existência e o poder de manifestação”¹³⁶, contrariando os sugestionadores que compreendem o discurso do paciente desprovido de significado ou de sentido.

Além da sugestão não proporcionar o conhecimento dos processos neuróticos, esta também apresenta uma outra desvantagem, pois favorece que o médico exerça um poder sobre a vontade e liberdade do outro, introduzindo, no universo mental do paciente, ordens, sugestões, decisões, sentimentos, pensamentos e sensações.

O leitor pode estar se perguntando que fator explica a influência que o médico pode realizar sobre o paciente, a ponto de exercer um poder sobre a vontade do neurótico, sugestionando-o?

Mais uma vez a chave para responder essa questão encontra-se na transferência. Os desejos transferidos ao médico, em análise, são manifestações pulsionais decorrentes das representações estabelecidas entre pais e filhos, isto é, dos representantes do Complexo de Édipo e de seus derivativos.

Nesse sentido, Ferenczi traça uma interessante comparação entre as atitudes dos pais e a do sugestionador:

“Levando em conta a importância crucial do ‘complexo de Édipo’ recalcado (amor e ódio aos pais) em todas as neuroses, não causa surpresa que o comportamento naturalmente compreensivo, benevolente, por assim dizer

¹³⁴ FREUD, Sigmund (1937 a). Construção em Psicanálise. *ESB*, Vol. XXIII, 1996, p. 286.

¹³⁵ BIRMAN, Joel (1982). Repensando Freud e a Constituição da Clínica Psicanalítica. *Revista Tempo Brasileiro*. Rio de Janeiro, junho/setembro, nº. 70, 1982, p. 63.

¹³⁶ Idem, *ibidem*.

“paternal” do psicanalista seja capaz de engendrar simpatias conscientes e fantasias eróticas inconscientes cujos primeiros objetos foram os pais. O médico é sempre e exclusivamente um desses “espectros” (Freud) que fazem ressuscitar no paciente as figuras desaparecidas de sua infância”.¹³⁷

Porém, o discípulo freudiano alerta que não é apenas a revivência de sentimentos afetuosos ou eróticos que ocorre na relação analítica, mas que “*uma* única palavra um pouco menos amistosa, *um* comentário a propósito da pontualidade ou qualquer outra obrigação do paciente, basta para desencadear toda a raiva, o ódio, a oposição, a cólera recalcados, outrora alimentados a respeito das pessoas onipresentes que lhe impunham o respeito, pregavam a moral, ou seja, os pais, os adultos da família, os educadores”.¹³⁸

Tem-se, então, que na relação terapêutica o médico é capaz de despertar os mesmos afetos constituídos na infância do paciente, de amor, de temor e de ódio, que este sentiu em relação aos seus pais. É justamente essa capacidade, que a análise possui, de despertar sentimentos provindos da vida sexual infantil do analisando, que permite que o paciente seja sugestionado, na medida em que, a sugestão diz respeito à influência exercida sobre “uma pessoa por meio dos fenômenos transferenciais possíveis em seu caso”.¹³⁹ O sugestionador ao se comportar de acordo com a atualização de desejos de seu paciente é, assim, capaz de influenciá-lo, pois satisfaz a transferência.

Portanto, a resposta para a questão que acabei de formular, ou seja, qual é o fator que explica a influência que o sugestionador é capaz de produzir sob o neurótico reside nos fenômenos transferenciais.

Além de a técnica sugestiva ser capaz de influenciar o neurótico, esta modalidade terapêutica também é criticada, pois proporciona a dependência acrítica do paciente diante do seu médico.

Como já mencionado, na relação terapêutica, o paciente atualiza seus desejos para a figura do sugestionador e desse modo tal atualização tem a propriedade de substituir a produção sintomática do paciente. Assim, a transferência, que se instala nos tratamentos sugestivos, é capaz de curar os sintomas, aliviando o sofrimento do neurótico.

¹³⁷ Ferenczi, Sandor. (1909). *Transferência e Introjeção*. – Psicanálise I. Obras Completas. São Paulo: Martins Fontes, 1991, p. 80-1.

¹³⁸ Idem, p. 81.

¹³⁹ FREUD, Sigmund (1912 a). Op. cit., p. 117.

Apesar de o paciente sentir-se aliviado pela interrupção da produção sintomática, a sugestão é uma técnica que leva a submissão acrítica, pois o neurótico desconhece as raízes de seu conflito mental, já que essa modalidade de tratamento psíquico “não penetra no núcleo da estrutura neurótica, pois não enfrenta a resistência...”¹⁴⁰ É justamente por essa característica da sugestão, de eliminar os sintomas, que ela “seduz”,¹⁴¹ mas também é exatamente aqui que “se encontra a sua armadilha”,¹⁴² pois realizar um tratamento apenas sugestivo significa não resolver uma neurose, ou que dá no mesmo, não atingir as representações inconscientes de natureza sexuais e agressivas, mobilizadoras da neurose.

A possibilidade de se realizar um tratamento apenas sugestivo preocupa Freud, pois a psicanálise, equivocadamente, muitas vezes, foi confundida com a sugestão, sendo considerada uma forma complexa e sofisticada de tratamento sugestivo.

Em “Sobre Psicoterapia”¹⁴³, conferência contemporânea à publicação do “Caso Dora”, que Freud proferiu em Viena para uma platéia de médicos, ele pretendia esclarecer a diferença fundamental entre psicanálise e sugestão. No campo das belas artes, da Vinci resume as diferenças entre psicanálise e sugestão nas fórmulas: “*per via de porre*” e “*per via de levare*”.

Segundo Freud, para Leonardo:

“A pintura [...] opera *per via di porre*, pois deposita sobre a tela incolor partículas coloridas que antes não estavam ali; já a escultura, ao contrário, funciona *per via di levare*, pois retira da pedra tudo o que encobre a superfície da estátua nela contida. De maneira muito semelhante, senhores, a técnica da sugestão busca operar *per via di porre*; não se importa com a origem, a força e o sentido dos sintomas patológicos, mas antes deposita algo – a sugestão – que ela espera ser forte o bastante para impedir a expressão da idéia patogênica. A terapia analítica, em contrapartida, não pretende acrescentar, nem introduzir nada de novo, mas antes tirar, trazer algo de fora, e para esse fim preocupa-se com a gênese dos sintomas patológicos e com a trama psíquica da idéia patogênica, cuja eliminação é sua meta”.¹⁴⁴

¹⁴⁰ BIRMAN, J. & NICÉAS, C. A. (1984). Op. cit., p. 37.

¹⁴¹ Idem, ibidem.

¹⁴² Idem, ibidem.

¹⁴³ FREUD, Sigmund (1904). Op. cit.

¹⁴⁴ Idem, p. 247.

Desse modo, Freud estabelece que “há entre a técnica sugestiva e a análise a maior antítese possível”¹⁴⁵, já que no primeiro tipo de tratamento mental, por sugestão, ao introduzir algo no psiquismo do sujeito, o sugestionador é capaz de impedir a expressão das forças psíquicas mobilizadoras da neurose; ao passo que a análise busca compreender os processos neuróticos e elucidar a resistência.

O que a psicanálise busca realizar é a “análise da sugestionabilidade, que torna o paciente apto a receber a interpretação do terapeuta, mas que também, por causa dela, pode bloquear todo o processo terapêutico. É em torno disso que Freud busca estabelecer a fronteira entre o campo psicanalítico e o campo da sugestão, e dar um outro destino ao lugar da transferência na análise”.¹⁴⁶

O trabalho para diferenciar a psicanálise de outras técnicas terapêuticas, além de marcar a originalidade do pensamento freudiano (que revolucionou a compreensão dos processos neuróticos), consegue também afastar da esfera psicanalítica a preocupação da análise ser confundida com a sugestão, ou seja, com uma técnica que se vale da influência e do poder sobre a vontade do outro.

Para que não haja manipulação da transferência, ou que o dá no mesmo, que não se execute um tratamento apenas sugestivo o analista deve estar preparado para realizar a sua função. Um tratamento só pode ser considerado como psicanalítico quando o analista se oferece constantemente e intensamente como objeto da transferência, e para que isso ocorra o psicanalista deve ter uma disponibilidade interna para receber e ser submetido ao poder do processo transferencial. Para se tornar um psicanalista, ou seja, ter a subjetividade preparada para manejar a transferência, necessita-se obrigatoriamente que o analista viva “uma experiência analítica, para descobrir em sua própria interioridade o objeto e o campo analítico”.¹⁴⁷

Nesse sentido, Freud é categórico:

“Não basta para isto que ele próprio seja uma pessoa aproximadamente normal. Deve-se insistir, antes, que tenha passado por uma purificação psicanalítica e ficado ciente daqueles complexos seus que poderiam interferir na compreensão do que o paciente lhe diz. Não pode haver dúvida sobre o efeito desqualificante de tais defeitos do médico; toda repressão não solucionada nele constitui o

¹⁴⁵ FREUD, Sigmund (1904). Op. cit., p. 247.

¹⁴⁶ BIRMAN, J. & NICÉAS, C. A. (1984). Op. cit., p. 35-6.

¹⁴⁷ Idem, p. 39.

que foi apropriadamente descrito por Stekel como um ponto cego em sua percepção analítica”.¹⁴⁸

Freud não deixa de articular a necessidade da análise do analista com a questão da contratransferência ao defender que o psicanalista deve saber reconhecer e lidar com “a influência do paciente sobre os seus sentimentos inconscientes”.¹⁴⁹ Não fica difícil de compreender a relação que se estabelece entre a transferência, a exigência da análise do psicanalista e a contratransferência, já que “nenhum psicanalista avança além do quanto permitem seus próprios complexos e resistências internas”.¹⁵⁰ Para que o psicanalista não obstrua o tratamento e permita que a neurose do paciente se manifeste em todas as suas facetas, faz-se necessário que o analista se submeta à análise, a fim de conhecer, dominar e controlar as suas pulsões, assim como as influências que o paciente é capaz de produzir em seu inconsciente.

Mais uma vez pude demonstrar a grande articulação que a teoria da transferência tem com outros importantes temas como a sugestão, a exigência da análise do analista e a contratransferência, revelando a grande complexidade e as múltiplas facetas desse processo.

2.2. As relações entre transferência e resistência e as funções que o processo transferencial desempenha na situação analítica.

Avançando um pouco nos escritos freudianos, temos que, em 1912, o médico vienense redige um trabalho especialmente teórico sobre o fenômeno transferencial, trata-se da “Dinâmica da Transferência”.¹⁵¹ Freud, ao abrir esse trabalho, já indica ao leitor o caminho que seguirá o seu pensamento, no qual procurará sistematizar e elucidar a origem e as funções da transferência, dentro do tratamento psicanalítico.

Ao tecer considerações sobre as circunstâncias e as condições sobre as quais a transferência é obrigatoriamente instalada na análise, Freud muda a compreensão que tinha a respeito desse fenômeno (e que defendia no caso Dora), ou seja, que o processo transferencial é fruto da produtividade das neuroses.

¹⁴⁸ FREUD, Sigmund (1912 b). Recomendações aos Médicos que Exercem a Psicanálise. *ESB*, Vol XII, 1996, p. 129-30.

¹⁴⁹ FREUD, Sigmund (1910 a). As Perspectivas Futuras da Terapêutica Psicanalítica. *ESB*, Vol. XI, 1996, p. 150.

¹⁵⁰ Idem, *ibidem*.

¹⁵¹ FREUD, Sigmund (1912 a). *Op. cit.*

O médico vienense, passa então, a inserir a disposição para transferir no seguinte contexto:

“Deve-se compreender que cada indivíduo, através da ação combinada de sua disposição inata e das influências sofridas durante os primeiros anos, conseguiu um método específico próprio de conduzir-se na vida erótica – isto é, nas precondições para enamorar-se que estabelece, nos instintos que satisfaz e nos objetivos que determina a si mesmo no decurso daquela. Isso produz o que se poderia descrever como um clichê estereotípico (ou diversos deles), constantemente repetido – constantemente reimpresso – no decorrer da vida da pessoa, na medida em que as circunstâncias externas e a natureza dos objetos amorosos a ela acessíveis permitam, e que decerto não é inteiramente incapaz de mudar, frente a experiências recentes”.¹⁵²

Assim, Freud ao defender a noção de que cada ser humano desenvolve “um método específico próprio de conduzir-se na vida erótica”, levando-o a formar clichês estereotípicos, modifica a idéia de que a transferência é resultado dos processos neuróticos e passa a entendê-la como um fenômeno tanto do indivíduo normal, como do patológico. Desse modo, a transferência passa a ser “uma disposição da estrutura libidinal do sujeito...”.¹⁵³

Uma outra importante consideração, sobre a maneira toda peculiar de um indivíduo “conduzir-se na vida erótica”, diz respeito a que nem todos os impulsos que constituem essa disposição libidinal encontram desenvolvimento pleno, isto é, passam a ser conscientes e ficam a serviço da realidade. Portanto, uma parcela da libido sofre uma interrupção em seu desenvolvimento, ou seja, pode ser deslocada, fixada, ou então, encontrar um curso regressivo, passando, assim a ser inconsciente, ressurgindo, apenas, por meio da fantasia.

Temos assim, como resultado dessa interrupção no desenvolvimento libidinal, que a necessidade de amar dos indivíduos não é inteiramente satisfeita.

Desse modo, como uma pessoa não é pela realidade suficientemente satisfeita em sua demanda, exigência de amor, suas tendências libidinais, tanto conscientes como inconscientes, “são despertadas quando o indivíduo entra em contato com um novo objeto”.¹⁵⁴

¹⁵² FREUD, Sigmund (1912 a). Op. cit., p. 111.

¹⁵³ BIRMAN, J. & NICEAS, C. A. (1984). Op. cit., p. 43.

¹⁵⁴ LAGACHE, Daniel. (1980). Op. cit., p. 18.

É justamente aqui que a transferência entra em cena, pois “é perfeitamente normal e inteligível que a catexia libidinal de alguém que se acha parcialmente insatisfeito, uma catexia que se acha pronta por antecipação, dirija-se também para a figura do médico”.¹⁵⁵

E é nesse sentido que Freud continua a sua reflexão:

“Decorre de nossa hipótese primitiva que esta catexia recorrerá a protótipos, ligar-se-á a um dos clichês estereotípicos que se acham presentes no indivíduo; ou, para colocar a situação de outra maneira, a catexia incluirá o médico numa ‘série’ psíquica que o paciente já formou”.¹⁵⁶

Assim, acompanhando ainda a compreensão freudiana, temos que a transferência que se faz presente na situação analítica “é um caso particular”¹⁵⁷ da demanda de amor do analisando.

Apesar da clara exposição freudiana a respeito da origem e da disposição para a transferência, o médico vienense, não esgota essa temática aqui. Algumas questões ainda incomodam Freud, sobretudo, a relação existente entre a transferência e a resistência. Dessa forma, o pai da psicanálise passa a explorar as razões pelas quais a transferência aparece no tratamento psicanalítico sob a forma de resistência.

Para esclarecer as razões que levam a transferência a se manifestar na análise como resistência, faz-se necessário que eu volte brevemente minha atenção para alguns aspectos dinâmicos da constituição das neuroses.

“Uma pré-condição invariável e indispensável de todo desencadeamento de uma psicose” é o processo descrito por Jung de introversão¹⁵⁸, isto é, a libido que é dirigida à realidade e é, portanto, consciente, diminui por ter sido frustrada em sua finalidade de satisfação. Já a parte da libido que é inconsciente e, portanto, fica distante da realidade, aumenta. Assim, a energia libidinal tanto em partes como de forma integral passa a ter um curso regressivo, no qual, alimentará as fantasias do indivíduo, reativando as imagos infantis.

¹⁵⁵ FREUD, Sigmund (1912 a). Op. cit., p.112.

¹⁵⁶ Idem, ibidem.

¹⁵⁷ BIRMAN, J. & NICÉAS, C. A. (1984). Op. cit., p. 44.

¹⁵⁸ Freud considera o conceito de introversão proposto por Jung, porém limita a sua extensão, postulando que se trata da retirada da libido de objetos imaginários ou da fantasia e não da retirada da libido sobre o ego, narcisismo secundário, como defende Jung.

Fica claro então que o processo patológico se inicia a partir da ausência de satisfação da libido, no mundo real e atual, dando origem, dessa forma, ao processo de introversão e em seguida de regressão da tendência libidinal.

O tratamento psicanalítico, por sua vez, tem como finalidade seguir o curso regressivo da libido, rastreá-la, para torná-la consciente e, assim, colocá-la a serviço da realidade. Porém, a tarefa de rastrear a libido em seu curso regressivo “está fadada a irromper um combate, todas as forças que fizeram a libido regredir se erguerão como resistência ao trabalho da análise, a fim de conservar o novo estado de coisa”.¹⁵⁹ Desse modo, o analista passa a ser o inimigo número um das forças do recalque, responsáveis pela introversão e regressão da libido.

Porém, Freud adverte que, na análise, a resistência não se restringe apenas ao conflito entre as forças recalcentes e os esforços do analista para superá-las, mas que existe uma outra modalidade de resistência ainda mais poderosa e mais freqüente. Trata-se da atração que os “complexos inconscientes (ou mais corretamente, das partes desses complexos pertencentes ao inconsciente)”¹⁶⁰ são capazes de exercer sobre a libido.

Desse modo, para se resolver uma neurose, ou seja, libertar a libido, torná-la consciente e dirigi-la para a realidade, o analista tem que superar os dois tipos de resistência. Estas, inevitavelmente, se farão presentes no tratamento analítico, isto é, as forças recalcentes e a atração que os elementos dos complexos inconscientes são capazes de exercer sobre a libido.

Mas o que ocorre na situação analítica quando o psicanalista rastreia um representante patológico, seja um sintoma, um relato de sonho, por exemplo, desde a instância consciente até o inconsciente?

Freud responde a essa questão esclarecendo que o analista ao seguir uma representação até o inconsciente, deparará-se com uma resistência que “se faz sentir tão claramente que a associação seguinte tem de levá-la em conta a aparecer como uma conciliação entre suas exigências e as do trabalho de investigação”.¹⁶¹

É exatamente aqui (associação seguinte do analisando) que a transferência se faz presente, uma vez que “a idéia transferencial penetrou na consciência à frente

¹⁵⁹ FREUD, Sigmund (1912 a). Op. cit., p. 114.

¹⁶⁰ Idem, p. 115.

¹⁶¹ Idem, ibidem.

de quaisquer outras associações possíveis, *porque* ela satisfaz a resistência”.¹⁶² Portanto, quando o analista persegue uma representação até as suas raízes inconscientes ele, inevitavelmente, se deparará com uma forte resistência e com a transferência, pois esta última se presta muito bem aos propósitos da resistência.

Assim, quando mais tempo durar um tratamento analítico, mais propício será para o paciente lançar mão com maior frequência da transferência como forma de resistência, já que ele reconhecerá a inutilidade de deformar o material patogênico, preferindo uma maneira mais vantajosa de resistir, ou seja, transferindo.

Dessa maneira, entendo que Freud inova a sua percepção da resistência da transferência, em relação à “Psicoterapia da Histeria”. Isto porque é a partir daqui, a transferência passa a ser o elemento psíquico eleito, prioritariamente, para o processo defensivo, antes de qualquer outro, justamente porque tem a particularidade de satisfazer a resistência. Assim, temos a importante afirmação freudiana de que “todo conflito tem de ser combatido na esfera da transferência”.¹⁶³

Todavia, o fato da transferência ser “a arma mais forte da resistência”¹⁶⁴ não quer dizer que necessariamente e, em todos os casos, o seu conteúdo possua um grande valor patogênico. Como afirma Freud, em um exemplo trazido em nota de rodapé,¹⁶⁵ quando se trava uma batalha e luta-se tenazmente por uma igreja, não quer dizer que essa seja um santuário, ela pode ter apenas um valor tático. Assim, também ocorre com a transferência, que em muitas circunstâncias possui um valor mais estratégico, para o processo defensivo, do que uma grande importância patológica.

Apesar da clara explicação freudiana de que a transferência é eleita prioritariamente entre outras associações por satisfazer a resistência, uma questão ainda se faz necessária. Mas, porque razão a transferência se presta tão bem aos propósitos da resistência, já que é possível atribuir também a esse mesmo fenômeno, o inverso, ou seja, o estabelecimento de uma relação de confiança e afetuosidade, entre analista e analisando, que favorece as associações e confissões do paciente?

¹⁶² FREUD, Sigmund (1912 a). Op. cit., p. 115.

¹⁶³ Idem, ibidem.

¹⁶⁴ Idem, ibidem.

¹⁶⁵ Idem, ibidem.

Para responder essa questão é “preciso considerar teórica e clinicamente, as diferentes espécies de transferência”,¹⁶⁶ uma vez que não se pode apenas falar de transferência, mas sim de transferência positiva e de transferência negativa.

Nesse sentido, Freud comenta:

“(…) não podemos compreender o emprego da transferência como resistência enquanto pensarmos simplesmente em ‘transferência’. Temos de nos resolver a distinguir uma transferência ‘positiva’ de uma ‘negativa’, a transferência de sentimentos afetuosos da dos hostis e tratar separadamente os dois tipos de transferência para o médico”.¹⁶⁷

A transferência negativa refere-se à atualização de sentimentos hostis para a figura do analista, já a transferência positiva diz respeito a vivência de sentimentos afetuosos dirigidos também ao analista. Na transferência positiva, “há diferentes formas de investimento libidinais que cabe discriminar”¹⁶⁸, ou seja, sentimentos afetuosos ou amigáveis que são capazes de se tornarem conscientes e os seus prolongamentos inconscientes que tem uma base erótica.

Diante dessa diferenciação entre transferência negativa e positiva, Freud resolve e explica o porquê a transferência se presta tão bem aos propósitos da resistência: “a transferência para o médico é apropriada para a resistência ao tratamento apenas na medida em que se tratar de transferência negativa ou de transferência positiva de impulsos eróticos reprimidos”.¹⁶⁹

Para explicar como a transferência negativa e a positiva, de base erótica, funcionam como resistência é necessário que eu faça as seguintes considerações: Os estereótipos infantis, como já mencionado, exercem grande atração sobre as experiências presentes e no tratamento psicanalítico, à medida que a análise avança, este liberta a libido presa a estes estereótipos, tendo como consequência, a geração de uma forte resistência.

A transferência, nesse momento, entra em cena e é o elemento psíquico eleito prioritariamente pela resistência, pois tem a capacidade de reproduzir, tal e qual, os estereótipos, ou seja, uma maneira infantil de amar e odiar, ou que dá na mesma, uma forma infantil de investir objetos. Já a atualização de sentimentos

¹⁶⁶ BIRMAN, J. & NICÉAS, C. A. (1984). Op. cit., p. 45.

¹⁶⁷ FREUD, Sigmund (1912 a). Op. cit., p. 116.

¹⁶⁸ BIRMAN, J. & NICÉAS, C. A. (1984). Op. cit., p. 45.

¹⁶⁹ FREUD, Sigmund (1912 a). Op. cit., p. 117.

afetuosos, transferência positiva – “não muito intensa, isto é, não erótica”¹⁷⁰ - sob a figura do analista é a responsável pela “continuidade e a resolução do processo analítico”¹⁷¹, ou seja, pela cura.

Assim, não me parece precipitado concluir, como Birman e Nicéias, que:

“(...) analisar a transferência significa precisamente desligar da figura do analista esses dois aspectos [transferência negativa e a positiva de base erótica] com o objetivo de superar a resistência, continuar o trabalho analítico e desvendar o sentido destes investimentos no aqui e agora da transferência”.¹⁷²

Com o entendimento da relação entre transferência negativa e a positiva de base erótica e a resistência, Freud definitivamente bane da psicanálise qualquer possibilidade de ainda se ter alguma dúvida sobre a diferença entre a análise e a sugestão. Fica claro, a partir de agora, que a análise leva em consideração a sugestionabilidade do paciente, com o intuito de superar as resistências e promover uma mudança psíquica duradoura e eficaz, ao contrário da sugestão, que não analisa e nem resolve a resistência.

Apesar da diferenciação entre a transferência positiva e negativa ter uma grande importância teórica e clínica, a atualização dos desejos que o paciente é capaz de realizar para a figura do analista não se dá separadamente. Dito de outra forma, o analisando dirige ao psicanalista, ao mesmo tempo, tanto um investimento amoroso - transferência positiva- quanto um investimento hostil – transferência negativa.

E é com essa compreensão de que a transferência em análise se apresenta, ao mesmo tempo, em sua dupla dimensão (positiva e negativa), que Freud menciona, pela primeira vez em seus escritos, a noção de ambivalência. O médico vienense não deixa de argumentar que, até certo grau, a ambivalência de sentimentos é normal; porém, quando esta se apresenta de modo freqüente e intenso, leva-se a pensar em um quadro neurótico, pois “o conflito edipiano, nas suas raízes pulsionais, é concebido como conflito de ambivalência”.¹⁷³

Como todo conflito psíquico pressupõe o mecanismo de resistência, Freud não deixa de relacionar a ambivalência com a transferência negativa, na medida em

¹⁷⁰ BIRMAN, J. & NICÉIAS, C. A. (1984). Op. cit., p. 45.

¹⁷¹ Idem, ibidem.

¹⁷² Idem, p. 45-6.

que: “A ambivalência nas tendências emocionais dos neuróticos é a melhor explicação para sua habilidade em colocar a transferência a serviço da resistência”.¹⁷⁴

Um outro elemento importante da transferência diz respeito ao fato desse fenômeno proporcionar ao analisando que ele creia que o conteúdo transferido diz respeito unicamente a acontecimentos e experiências presentes. No entanto, sabemos que o que é transferido refere-se a um “passado-presente”¹⁷⁵. Isto é, à medida que a análise ganha profundidade, as forças de defesa se valem de mecanismos cada vez mais regressivos, estes por sua vez, buscam auxílio na transferência, que lança mão de aspectos e circunstâncias presentes.¹⁷⁶

O processo transferencial se repete incansavelmente na relação analítica e, dessa forma, para que o analista possa liquidar com uma neurose, este tem que manejar a cura no campo da transferência.

Temos, portanto, que a partir desse importante trabalho, Freud coloca que todo o conflito psíquico tem que ser resolvido no plano da transferência, ou seja, “esta luta entre médico e paciente, entre intelecto e a vida instintual, entre a compreensão e a procura da ação, é travada, quase que exclusivamente, nos fenômenos da transferência. É nesse campo que a vitória tem que ser conquistada – vitória cuja expressão é a cura permanente da neurose”.¹⁷⁷

Com essa constatação de que todo conflito psíquico tem que ser liquidado por meio do processo transferencial e que esse processo ocorre repetidamente e incansavelmente na situação analítica, Freud abre caminho para introduzir as importantes relações entre transferência e a compulsão à repetição.

2.3. A consolidação do conceito de transferência na obra freudiana e sua articulação com o conceito de compulsão à repetição.

No trabalho “Recordar, Repetir e Elaborar”¹⁷⁸ de 1914, Freud lança a noção de “compulsão à repetição”, ao discriminar dois grupos de pacientes. O primeiro

¹⁷³ LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J-B. (1967). Op. cit., p.18.

¹⁷⁴ FREUD, Sigmund (1912 a). Op. cit., p. 118.

¹⁷⁵ BIRMAN, J. & NICÉAS, C. A. (1984). Op. cit., p. 48.

¹⁷⁶ Aqui se evidencia a dimensão temporal do processo transferencial, a qual fiz referência em outra parte desta dissertação.

¹⁷⁷ FREUD, Sigmund (1912 a). Op. cit., p. 119.

¹⁷⁸ FREUD, Sigmund (1914b). Op. cit.

grupo é constituído por pacientes que se comportam, dentro da análise, da mesma maneira que na velha cura catártica, ou seja, o processo terapêutico se dá, prioritariamente, no campo das representações tendo alguns episódios esporádicos de transferência. Já o segundo grupo de pacientes expressa de forma dominante seus conflitos mentais através de atos, atos transferenciais. Assim, ao invés desses pacientes recordarem o seu passado infantil, eles atuam, na relação analítica seus conflitos psíquicos.¹⁷⁹

Nesse sentido, Freud não deixa dúvidas:

“O paciente não recorda coisa alguma do que esqueceu e reprimiu, mas expressa-o pela atuação ou atua-o (*acts it out*). Ele o reproduz não como lembrança, mas como ação; repete-o, sem, naturalmente, saber que o está repetindo”.¹⁸⁰

Segundo Freud afirma, com a compulsão à repetição, “não obtivemos um fato novo, mas sim uma visão mais ampla”¹⁸¹, dentro da teoria psicanalítica, já que essa noção está presente desde do caso Dora “Assim, [Dora] atuou uma parte essencial de suas lembranças e fantasias, em vez de reproduzi-las no tratamento”.¹⁸²

Apesar de o médico vienense afirmar que com a compulsão à repetição não se obteve “um fato novo”, o editor inglês, por meio de uma nota de rodapé¹⁸³, esclarece que tal noção terá importantes implicações dentro da teoria freudiana, sobretudo, para o novo dualismo pulsional (pulsão de vida versus pulsão de morte), que será introduzido em 1920 no trabalho “Além do Princípio do Prazer”.¹⁸⁴

Ao se ocupar do segundo grupo de pacientes, ou seja, daqueles que repetem na análise seus conflitos psíquicos ao invés de recordá-los, Freud estabelece uma importante relação entre repetição, transferência e resistência. Em relação à transferência e o ato de repetir temos que: “A transferência é, ela própria, apenas um fragmento da repetição e que a repetição é a transferência do passado esquecido [...]”.¹⁸⁵ No que se refere à resistência, o médico vienense esclarece que quanto mais o paciente repete, menos ele se lembra; assim, a compulsão à repetição se

¹⁷⁹ Freud não sustentará essa diferenciação entre pacientes que recordam e os que atuam. O médico vienense passará a defender que todos os pacientes repetem na transferência e que esse é o verdadeiro campo no qual se realiza uma análise.

¹⁸⁰ FREUD, Sigmund (1914 b). Op. cit., p. 165.

¹⁸¹ Idem, p. 167.

¹⁸² FREUD, Sigmund (1905 a). Op. cit., p. 113.

¹⁸³ STRACHEY, James In: FREUD, Sigmund (1914 b). Op. cit., p. 166.

¹⁸⁴ FREUD, Sigmund (1920). Além do princípio do prazer. *ESB*, Vol. XVIII, 1996.

presta muito bem aos objetivos da resistência, pois a atuação substitui a recordação. Portanto, pode-se sustentar que a compulsão à repetição baseia-se na transferência negativa que é a expressão da resistência.

Porém, Birman e Nicéas não deixam de alertar que:

“(...) a transferência [positiva] que permite o trabalho de análise também é uma forma de repetição, já que realiza a vinculação com as figuras conscientemente amadas. Mas não é esta que traz problemas [ao tratamento], já que esta repetição permite o curso da análise”.¹⁸⁶

Essa distinção entre a repetição na transferência (negativa) que serve à resistência, e a repetição na transferência (positiva), que favorece o tratamento, se faz necessária, pois ambas desempenham papéis diversos na situação analítica e, conseqüentemente, o psicanalista tem que realizar um manejo apropriado para cada modalidade de transferência (positiva ou negativa).

Assim, Freud esclarece:

“Se o paciente começa o tratamento sob os auspícios de uma transferência positiva branda e impronunciada, ela lhe torna possível, de início, desenterrar suas lembranças tal como o faria sob hipnose, e, durante esse tempo, seus próprios sintomas patológicos acham-se inativos. Mas se, à medida que a análise progride, a transferência se torna hostil ou excessivamente intensa e, portanto, precisando de repressão, o recordar imediatamente abre caminho à atuação (*acting out*). Daí por diante, as resistências determinam a seqüência do material que deve ser repetido. O paciente retira do arsenal do passado as armas com que se defende contra o progresso do tratamento - armas que lhe temos de arrancar, uma por uma”.¹⁸⁷

A partir da reflexão freudiana de que à medida que o tratamento avança a transferência intensifica-se e dessa forma a resistência é capaz de determinar o que será repetido, não fica difícil pensar, assim como Lagache, que Freud “não faz da própria repetição a causa da transferência. As únicas concepções que contribuem para o determinismo da transferência ligam-na, como no passado, à resistência”.¹⁸⁸

Com essas considerações, Freud ainda não esgota suas reflexões sobre a repetição e propõe uma questão: o que realmente é repetido na situação analítica? O que é repetido na situação analítica é o recalçado em todas as suas formas de

¹⁸⁵ FREUD, Sigmund (1914 b). Op. cit., p. 166.

¹⁸⁶ BIRMAN, J. & NICÉAS, C. A. (1984). Op. cit., p. 51.

¹⁸⁷ FREUD, Sigmund (1914 b). Op. cit., p. 167.

expressão que atingem a esfera da consciência, o paciente portanto repete "suas inibições, suas atitudes inúteis e seus traços patológicos de caráter. Repete também todos os seus sintomas, no decurso do tratamento".¹⁸⁹

Em "Além do Princípio do Prazer", Freud retoma o tema do que é repetido na situação analítica, afirmando que o paciente:

"É obrigado a repetir o material reprimido como se fosse uma experiência contemporânea, em vez de, como o médico preferiria ver, recordá-lo como algo pertencente ao passado. Essas reproduções, que surgem com tal exatidão indesejada, sempre têm como tema alguma parte da vida sexual infantil, isto é, do complexo de Édipo, e de seus derivativos, e são invariavelmente atuadas (*acted out*) na esfera da transferência, da relação do paciente com o médico".¹⁹⁰

O médico vienense esclarece também, nesse trabalho de 1914, que o essencial da "enfermidade do paciente não pode cessar com o início da análise",¹⁹¹ já que a neurose do analisando se manifesta na situação analítica por meio da compulsão à repetição que se dirige a figura do psicanalista. Temos, então, que a "enfermidade" não deve ser considerada como algo exclusivo do passado, como sente e pensa o paciente, mas também deve ser vista "como uma força atual",¹⁹² indicando a dimensão temporal do processo transferencial, como já comentado anteriormente.

Apesar de termos que considerar a neurose não só como algo ancorado no passado, mas tê-la em mente como uma força também do presente, "o estado de enfermidade é colocado, fragmento por fragmento, dentro do campo e alcance do tratamento e, enquanto o paciente o experimenta como algo real e contemporâneo, temos de fazer sobre ele nosso trabalho terapêutico, que consiste, em grande parte, em remontá-lo ao passado".¹⁹³

Freud não deixa de perceber que a compulsão à repetição (assim com a transferência) não se restringe ao campo da análise, mas pode ser encontrada fora dela, pois tal fenômeno não é um artefato criado pelo espaço psicanalítico.

Nesse sentido, Freud comenta:

¹⁸⁸ LAGACHE, Daniel. (1980). Op. cit., p. 24.

¹⁸⁹ FREUD, Sigmund (1914 b). Op. cit., p. 167.

¹⁹⁰ FREUD, Sigmund (1920). Op. cit., p.29.

¹⁹¹ FREUD, Sigmund (1914 b). Op. cit., p. 167.

¹⁹² Idem, ibidem.

¹⁹³ Idem, ibidem.

“Devemos estar preparados para descobrir, portanto, que o paciente se submete à compulsão à repetição, que agora substitui o impulso a recordar, não apenas em sua atitude pessoal para com o médico, mas também em cada diferente atividade e relacionamento que podem ocupar sua vida na ocasião [...]”.¹⁹⁴

Freud alerta para os perigos, no tratamento e na vida, da exteriorização da repetição atuada para além do campo analítico, recomendando que se mantenha “na esfera psíquica todos os impulsos que este último [paciente] gostaria de dirigir para a esfera motora”.¹⁹⁵

É ainda neste trabalho de 1914, que Freud introduz a noção de neurose de transferência ao afirmar:

“Contanto que o paciente apresente complacência bastante para respeitar as condições necessárias da análise, alcançamos normalmente sucesso em fornecer a todos os sintomas da moléstia um novo significado transferencial e em substituir sua neurose comum por uma ‘neurose de transferência’, da qual pode ser curado pelo trabalho terapêutico. A transferência cria, assim, uma região intermediária entre a doença e a vida real, através da qual a transição de uma para a outra é efetuada”.¹⁹⁶

Segundo Freud, a neurose de transferência é considerada como um fenômeno que favorece o tratamento, porque sua presentificação proporciona acessibilidade às interpretações do analista: “A nova condição assumiu todas as características da doença, mas representa uma doença artificial, que é, em todos os pontos, acessíveis à nossa intervenção”.¹⁹⁷

Segundo Laplanche & Pontalis, o modelo ideal de tratamento psicanalítico, proposto por Freud, tem a seguinte seqüência: “a neurose clínica transforma-se em neurose de transferência, cuja elucidação leva à descoberta da neurose infantil”.¹⁹⁸

Freud difere as neuroses de transferência (histeria, neurose obsessiva e fobia), da neurose narcísica (melancolia) e das psicoses (esquizofrenia e paranóia), na medida em que, nas primeiras, o sujeito pode deslocar a libido para objetos reais

¹⁹⁴ FREUD, Sigmund (1914 b). Op. cit., p. 166.

¹⁹⁵ Idem., p.168.

¹⁹⁶ Idem, p. 169-70.

¹⁹⁷ Idem, ibidem.

¹⁹⁸ LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J-B. (1967). Op. cit., p. 310.

ou imaginários, ou seja, ele é capaz de transferir; ao passo que, no segundo grupo de neurose e nas psicoses, o sujeito retira sua libido do objeto para o ego.

Como na neurose (narcísica) e nas psicoses a libido reflui sobre o ego do sujeito, Freud entende que tais indivíduos não têm “capacidade para a transferência ou apenas possuem traços insuficientes da mesma”¹⁹⁹ e por isso, eles “são inacessíveis aos nossos esforços e não podem ser curados por nós”.²⁰⁰

Apesar de Freud considerar que os psicóticos não transferem, ele em 1938, declara que:

“(...) descobrimos, que temos de renunciar à idéia de experimentar nosso plano de cura com os psicóticos – renunciar a ele talvez para sempre ou **talvez apenas por enquanto, até que tenhamos encontrado um outro plano que se lhes adapte melhor**”.²⁰¹

Assim, Freud revela a sua esperança de que a psicanálise avance para que possa ocupar-se dos psicóticos.

Apesar de Freud ter usado a transferência como critério para diferenciar as psiconeuroses, como comentam Laplanche e Pontalis, “embora a distinção entre as duas categorias de psiconeuroses [neuroses de transferência e neurose narcísica, eu acrescento as psicoses] permaneça ainda válida, já não se admite distingui-las pela presença ou ausência pura e simples de transferência. Com efeito, admiti-se hoje em dia que, nas psiconeuroses [e nas psicoses], a ausência aparente de transferência não passa, a maioria das vezes, de um dos aspectos da modalidade de transferência [...]”,²⁰² ou seja, uma forma característica de se transferir – maciça e intensamente.

Uma questão que ainda se impõe e que Freud vai tratar no trabalho “Observações sobre o Amor Transferencial”²⁰³, refere-se à regra da abstinência.

Neste texto, o médico vienense discute sobre as particularidades do amor de transferência e como o analista deve lidar com a tentativa do paciente obter satisfação de suas exigências amorosas dirigidas à sua figura.

Nesse sentido, Freud é preciso:

¹⁹⁹ FREUD, Sigmund (1916-1917 b). Conferências Introdutórias sobre Psicanálise. Conferência XXVIII – Transferência. *ESB*, Vol. XVI, 1996, p. 447-8.

²⁰⁰ Idem, *ibidem*.

²⁰¹ FREUD, Sigmund (1938). Esboços de Psicanálise. *ESB*, Vol. XXIII, 1996, p. 188, os grifos são meus.

²⁰² LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J-B. (1967). *Op. cit.*, p. 309

²⁰³ FREUD, Sigmund (1915). Observações sobre o Amor de Transferencial. *ESB*, Vol. XII, 1996.

“Já deixei claro que a técnica analítica exige do médico que ele negue à paciente que anseia por amor a satisfação que ela exige. O tratamento deve ser levado a cabo na abstinência. Com isto não quero significar apenas a abstinência física, nem a privação de tudo o que a paciente deseja, pois talvez nenhuma pessoa enferma pudesse tolerar isso. Em vez disso, fixarei como princípio fundamental que se deve permitir que a necessidade e anseio da paciente nela persistam, a fim de poderem servir de forças que o incitem a trabalhar e efetuar mudanças [...]”.²⁰⁴

Apesar de Freud, em 1915, sustentar que a regra da abstinência se aplica ao amor transferencial, ele, em 1919,²⁰⁵ argumenta que é o tratamento psicanalítico que se deve realizar obedecendo à regra da abstinência. O processo psicanalítico deve ser pautado pela regra da abstinência por dois motivos: um de ordem dinâmica e outro, econômica.

Em primeiro lugar, e do ponto de vista dinâmico, se o paciente obtém em excesso satisfação substitutiva das suas pulsões, tanto dentro da análise como fora dela, ele “diminui a força instintual que o impele para a recuperação”.²⁰⁶

Esse fato ocorre pois “a mola propulsora do tratamento [psicanalítico] tem origem na existência de um sofrimento por frustração; ora, este tende a atenuar-se à medida que os sintomas dão lugar a comportamentos substitutivos mais satisfatórios”.²⁰⁷

Desse modo, faz-se necessário “cuidar para que o sofrimento do paciente, em um grau de um modo ou de outro efetivo, não acabe prematuramente”.²⁰⁸ Assim, o analisando “deve ser deixado com desejos insatisfeitos em abundância. É conveniente negar-lhe precisamente aquelas satisfações que mais intensamente deseja e que mais importunamente expressa”.²⁰⁹

Em relação ao segundo aspecto, o econômico, como o analisando possui a tendência a lançar mão do deslocamento a fim de garantir satisfação substitutiva, o analista deve evitar que quantidades excessivas de libido, que foram libertadas pela análise, sejam reinvestidas em objetos fora do campo analítico. Assim, Freud recomenda aos analistas que grande parte da libido do analisando seja dirigida para

²⁰⁴ FREUD, Sigmund (1915). Op. cit., p. 182.

²⁰⁵ FREUD, Sigmund (1919 b) Linhas de progresso na terapia psicanalítica. *ESB*, Vol., XVII, p. 176

²⁰⁶ Idem, *ibidem*.

²⁰⁷ LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J-B. (1967). Op. cit., p. 3.

²⁰⁸ FREUD, Sigmund (1919 b). Op. cit., p. 176

²⁰⁹ Idem, p. 177-8.

a figura do psicanalista (transferida), possibilitando dessa forma, por meio da interpretação, a descarga verbal, não atuada.

O analista mantendo-se abstinente, como orienta Freud, não terá necessidade de suspender a análise ao se deparar com um amor transferencial, ou ainda, com uma hostilidade também transferencial, não cederá às investidas amorosas, ou antipáticas do analisando e nem tampouco dará uma lição de moral ao neurótico. Ao contrário, o analista se oferecerá como objeto de transferência ao analisando e dessa forma poderá criar um “lugar para a sua simbolização”.²¹⁰

Apesar da instalação e a resolução da transferência serem situações indispensáveis em uma análise, Freud não deixa de lembrar que, logo que o tratamento se desenvolve, o analista “fica convencido de que as únicas dificuldades realmente sérias que tem de enfrentar residem no manejo da transferência”.²¹¹

Segundo Birman e Nicéias, o psicanalista tem que estar preparado para enfrentar “as dificuldades de dizer não ao fascínio amoroso e à sedução, assim como pela hostilidade gerada no analisando pela não satisfação de sua demanda de amor”.²¹²

Para Freud, o psicanalista tem que estar ciente que o amor de transferência é um fenômeno “induzido pela situação analítica”²¹³ e que, apesar da resistência possuir um papel de destaque nessa modalidade de transferência, ela não a cria.

A resistência apenas descobre o amor de transferência e passa a explorá-lo, não sendo a responsável por sua gênese, afinal todo amor é uma repetição, como diz Lagache:

“(…) não existe amor que não reproduza protótipos infantis; o elemento infantil dá ao amor de transferência o seu caráter compulsivo, que toca as raias do patológico; é mais repetitivo, menos ajustado do que o amor normal, mas sua eficácia não permite distinguir um do outro”.²¹⁴

Apesar de o amor de transferência ser criado pela análise, Freud adverte que não se deve duvidar da autenticidade desse sentimento e se este é considerado

²¹⁰ BIRMAN, J. & NICÉIAS, C. A. (1984). Op. cit., p. 57.

²¹¹ FREUD, Sigmund (1915). Observações sobre o Amor de Transferencial. *ESB*, Vol. XII, 1996, p. 177.

²¹² BIRMAN, J. & NICÉIAS, C. A. (1984). Op. cit., p. 57.

²¹³ FREUD, Sigmund (1915). Observações sobre o Amor de Transferencial. *ESB*, Vol. XII, 1996, p. 178.

²¹⁴ LAGACHE, Daniel. (1980). Op. cit., p. 25.

anormal, tal fato se dá, por que o amor de transferência reclama para si as mesmas características da paixão.

Assim Freud esclarece:

“Não temos o direito de contestar que o estado amoroso que faz seu aparecimento no decurso do tratamento analítico tenha o caráter de um amor ‘genuíno’. Se parece tão desprovido de normalidade, isto é suficientemente pelo fato de estar enamorado na vida comum, fora da análise, é também mais semelhante aos fenômenos mentais anormais que aos normais”.²¹⁵

Volto agora minha atenção para as relações que Freud estabelece entre a compulsão à repetição e a dualidade pulsional postulada a partir de 1920.

É em 1920 que Freud afirma:

“Chegamos agora a um fato novo e digno de nota, a saber, que a compulsão à repetição também rememora do passado experiências que não incluem possibilidade alguma de prazer e que nunca, mesmo há longo tempo, trouxeram satisfação, mesmo para impulsos instintuais que desde então foram reprimidos”.²¹⁶

Laplanche & Pontalis²¹⁷ defendem que a compreensão que Freud extrai do fenômeno da compulsão à repetição, como algo irrefreável, que é destacado do princípio do prazer e pode até se opor a ele, foi um dos fatores que o levaram a propor o conceito de pulsão de morte.

Com a introdução deste conceito há uma inflexão no pensamento freudiano, na medida em que o dualismo pulsional passa agora a se realizar em torno da pulsão de vida e da de morte.

Neste contexto, Freud não deixa de situar a compulsão à repetição e a transferência para “Além do Princípio do Prazer”:

“No caso de uma pessoa em análise, pelo contrário, a compulsão à repetição na transferência dos acontecimentos da infância evidentemente despreza o princípio do prazer sob todos os modos. O paciente comporta-se de modo puramente infantil e assim nos mostra que os traços de memória reprimidos de suas experiências primeiras não se encontram presentes nele em estado de sujeição, mostrando-

²¹⁵ FREUD, Sigmund (1915). Observações sobre o Amor de Transferencial. *ESB*, Vol. XII, 1996, p. 185-6.

²¹⁶ FREUD, Sigmund (1920). Op. cit., p. 31.

²¹⁷ LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J-B. (1967). Op. cit., p. 408-9.

se elas, na verdade, em certo sentido, incapazes de obedecer ao processo secundário”.²¹⁸

Temos então que, em 1920, conforme Birman e Nicéias Freud “rompe com uma teoria unicamente libidinal da transferência. Esta vai continuar a existir, como uma manifestação da pulsão de vida, aquela que permite o trabalho analítico, enquanto que a compulsão à repetição vai ser o receptáculo da transferência negativa e da erógena, isto é, as que constituem os sustentáculos da resistência”.²¹⁹ Birman e Nicéias ainda completam que a compulsão à repetição “vai se tornar o índice privilegiado no plano clínico do trabalho silencioso da pulsão de morte”.²²⁰

Segundo interpretação de Lagache, em “Psicologia de grupo e a análise do ego”²²¹ (de 1921), Freud volta a considerar o fenômeno transferencial, porém não o coloca dentro da perspectiva do processo de cura, mas sim, o pensa “no amor, na hipnose e na vida social”²²², antecipando a segunda tópica (que figura em “O ego e o Id”²²³) e relacionando a transferência com o superego e o ideal de ego.

Já em “Análise Terminável e Interminável”, Freud coloca em discussão os obstáculos e os limites do tratamento psicanalítico e é nesse sentido que ele situa a transferência:

“Os pacientes não podem, eles próprios, trazer todos os seus conflitos para a transferência, nem tampouco está o analista capacitado a invocar todos os possíveis conflitos instintuais deles, a partir da situação transferencial”.²²⁴

Para alguns psicanalistas, como Peter Gay, a obra “Análise Terminável e Interminável” de Freud “é sua exposição mais desencantada sobre a eficácia da psicanálise. Essa desolação não era nova; Freud nunca tinha sido um terapeuta entusiástico”.²²⁵

Porém, concordo com a compreensão de Birman segundo a qual:

²¹⁸ FREUD, Sigmund (1920). Op. cit., p. 46-7.

²¹⁹ BIRMAN, J. & NICÉIAS, C. A. (1984). Op. cit., p. 50.

²²⁰ Idem, ibidem.

²²¹ FREUD, Sigmund (1921). Psicologia de grupo e a análise do ego. *ESB*, Vol. XVIII, 1996.

²²² LAGACHE, Daniel. (1980). Op. cit., p. 35.

²²³ FREUD, Sigmund (1923). O ego e o Id. *ESB*, Vol. XIX, 1996.

²²⁴ FREUD, Sigmund (1937 b). Análise terminável e interminável. *ESB*, Vol. XXIII, 1996, p. 287.

²²⁵ GAY, Peter (1989). *Freud – Uma vida para o nosso tempo*. São Paulo: Cia das Letras, 1989, p. 555.

“[...] esta obra não é um testemunho de fracasso a respeito de quarenta anos de prática analítica, como ingenuamente alguns consideram, ela assinala de modo incisivo, contudo, a dimensão trágica em que se situa a prática analítica, na medida em que ela não abole aquilo que a torna possível, isto é, a angústia de castração”.²²⁶

É também na obra de 1937 que a transferência negativa é considerada. A esse respeito Lagache comenta:

“(...) uma página de Análise terminável e interminável é testemunha de uma certa resistência à promoção da transferência negativa, seqüência lógica, não obstante, dos progressos que Freud realizara no conhecimento da agressividade e dos mecanismos de defesa do ego”.²²⁷

Aqui, chego ao final da apresentação e discussão acerca das principais e fundamentais idéias de Freud sobre a transferência, já que é, a partir dos anos de 1920, que ele manterá inalterada sua concepção de transferência dentro do processo de cura da psicanálise.

As observações de Strachey, sobre a Conferência de Freud “Terapia Analítica” (1916-1917) em nota de rodapé, apontam para essa direção: “essa conferência encerra a mais completa exposição de Freud sobre a teoria dos efeitos terapêuticos da psicanálise”.²²⁸

Nesse sentido, mais uma vez, Lagache reflete “nos anos 20 e 30, ele [Freud] escreveu pouquíssimo que se relacione diretamente com o assunto [transferência], e este pouco mostra que Freud não modificou suas concepções essenciais”.²²⁹

Temos então, que o grande trajeto que Freud percorre, para construir a teoria da transferência, se dá desde a “Psicoterapia da Histeria” de 1895, na qual esse conceito se apresenta unicamente como obstáculo ao tratamento, até por volta de 1920, onde a transferência é pensada como “**o principal instrumento** para reprimir a compulsão do paciente à repetição e transformá-la num novo motivo para recordar”²³⁰, possibilitando, assim, a resolução da neurose do analisando.

²²⁶ BIRMAN, Joel (1982). Op. cit., p. 55.

²²⁷ LAGACHE, Daniel. (1980). Op. cit., p. 39.

²²⁸ STRACHEY, James (1916-1917) In: FREUD, Sigmund (1916-1917). Conferências Introdutórias sobre Psicanálise. Conferência XXVIII – Terapia Analítica, *ESB*, Vol XVI, 1996.

²²⁹ LAGACHE, Daniel. (1980). Op. cit., p. 38.

²³⁰ FREUD, Sigmund (1914 b). Op. cit., p. 169, os grifos são meus.

2.4. Breves considerações acerca das contribuições de outros psicanalistas, que não Freud, ao fenômeno da transferência.

Apesar do presente trabalho, conforme explicitado na introdução, objetivar explorar a transferência no caso Raquel à luz das concepções teóricas de Freud é importante considerar que outros autores deram contribuições valiosas ao fenômeno transferencial.

Ainda durante a vida do médico vienense, em 1927, Melanie Klein e Anna Freud iniciaram um longo debate sobre a possibilidade de se analisar crianças e tais discussões giraram em torno da problemática da transferência.

Algumas das questões das quais as duas autoras divergiram podem ser apresentadas da seguinte forma: Será que as crianças são capazes de transferir? No trabalho com crianças existe a possibilidade de se instalar a neurose de transferência, ou melhor, em termos kleinianos, da situação de transferência?

Diante dessas questões, Anna Freud reflete:

“A criança não está pronta, como o adulto, a empreender uma nova edição de suas relações amorosas, porquanto, como se poderia dizer, a antiga edição não se encontra ainda esgotada. Os primeiros objetos de sua afeição, os pais, existem ainda para ela enquanto objeto de amor na realidade e não, como é o caso dos neuróticos, somente na imaginação”.²³¹

Já para Klein:

“A análise de crianças pequenas mostrou-me que uma criança de três anos já atravessou a parte mais importante do desenvolvimento de seu Complexo de Édipo. Por conseguinte, a repressão e a culpabilidade já o distanciaram consideravelmente dos objetos que ela desejou originalmente. Suas relações com esses objetos já sofreram modificações e deformações de tal ordem que os objetos de amor são imagos de objetos originais”.²³²

Assim, para o pensamento kleiniano, que difere grandemente das idéias de Anna Freud, o fundamental relativo à transferência está centrado no mundo interno

²³¹ FREUD, Anna (1927). *O tratamento psicanalítico das crianças*. Rio de Janeiro: Imago, 1971.

²³² KLEIN, Melanie (1882-1960) *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos 1921-1945 Melanie Klein*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

dos pequenos analisandos, ou seja, em seus objetos internalizados, que se afastam muito dos pais concretos e reais.

Desse modo, dentro da teoria kleiniana, segundo Barros, Klein compreende o fenômeno transferencial no seguinte sentido:

“Analisando Erick e depois Rita, M. Klein aprendeu que a presença de fenômenos transferenciais não se limita à situação analítica, mas se dá em todas as relações e até mesmo nas relações com os pais originais, desde do início da vida”.²³³

Assim, quando Klein estrutura o seu pensamento em torno das relações de objeto, ela sustenta que as crianças têm sim capacidade para transferir, ao passo que Anna Freud, conforme Lagache entende, defende que as crianças não transferem completamente, porque “os objetos primitivos dos conflitos da criança ainda estão presentes no seu meio e não são interiorizados pela formação definitiva do superego”.²³⁴

Cabe acrescentar ainda, que as idéias formuladas por Melanie Klein tiveram maior aceitação do que as concepções de Anna Freud, por parte dos psicanalistas, a ponto de hoje em dia existirem muitos seguidores da chamada escola kleiniana.

Após a morte de Freud e com a consolidação e difusão da teoria psicanalítica, muitos autores se propuseram a pensar sobre a psicanálise e vários trabalhos foram escritos e publicados. Lacan, Lagache e Aulagnier, entre outros autores contemporâneos, dedicaram-se a pensar, além da teoria, a clínica psicanalítica e com isso não deixaram de tecer considerações acerca da transferência, já que esse fenômeno psíquico faz parte do processo analítico.

Destaco aqui as concepções de Piera Aulagnier sobre a transferência, por dois motivos, a saber: em primeiro lugar, pelo fato desta psicanalista italiana trazer originais e importantes contribuições à teoria legada por Freud, não propondo assim uma revisão teórica e nem metodológica da obra freudiana. Nesse sentido, Violante esclarece: “A originalidade com que a autora [Aulagnier] se apropria dos conceitos freudianos, esmiuçando-os em filigrana para depois refertilizá-los em profundidade e

²³³ BARROS, Elias M. R. (1991). *O conceito de Transferência: uma síntese do ponto de vista kleiniano*. In: SLAVUTSKY, Abrão (Org) (1991). *Transferências*. São Paulo: Escuta, 1991, p. 137.

²³⁴ LAGACHE, Daniel. (1980). *Op. cit.*, p. 69.

extensão [...]”²³⁵, confere a esse modo de pensar um destaque dentro do presente trabalho. E em segundo lugar, pelo fato de estar interessada na obra de Piera Aulagnier.

No que diz respeito ao trabalho com neuróticos, Aulagnier considera que para que uma análise possa ocorrer, e desse modo, para que se instale a transferência, faz-se necessário que o analisando aceite a “hipótese fundamental”, isto é, a existência do modo de funcionamento inconsciente e tenha o desejo de saber sobre a falta de sentido, o não-sabido de si mesmo.

Porém, não basta que o analisando apenas aceite a hipótese do inconsciente mas é imprescindível que ele invista na atividade de pensar, no processo analítico, que se expressa pela “rememoração, associações, relatos de sonho, colocação em palavras da fantasia”.²³⁶

Assim, temos que ao sujeito aceitar a hipótese inconsciente e ao investir no processo psicanalítico, ele passa a demandar um saber dirigido ao analista e, desse modo, a palavra do saber do analista constitui-se o objeto da demanda do sujeito.

Temos com Violante que para Aulagnier é exatamente quando “o objeto da demanda do sujeito e o objeto da resposta do analista se adequam”,²³⁷ que se instaura a transferência, desde a primeira sessão. Em outras palavras, o analisando demanda análise, saber sobre si mesmo e identificação, dirigidos ao analista e este último, por sua vez, oferece ao analisando a análise.

É justamente nessa relação entre demanda e oferta de análise que o “pivô da transferência”²³⁸ se faz presente.

Aulagnier esclarece que a demanda de saber do sujeito sobre a falta de sentido, o não sabido de si mesmo, dirigido ao analista é capaz não apenas de instaurar a transferência, desde do início da análise, mas também faz com que o registro transferencial permaneça ao longo de todo o processo analítico.

Como Freud, a psicanalista italiana confere à transferência grande importância a ponto de considerar que é na vivência desse fenômeno que o

²³⁵ VIOLANTE, M. Lucia V. (2001). *Piera Aulagnier. Uma contribuição à obra de Freud*. São Paulo: Via Lettera Editora, 2001, p. 8.

²³⁶ AULAGNIER, Piera (1986). *Um intérprete em busca de sentido*. São Paulo: Escuta, Vol. I, 1990, p. 144.

²³⁷ VIOLANTE, M. Lucia V. (2001). Op. cit., p. 137.

²³⁸ AULAGNIER, Piera (1986). Op. cit., p. 221.

analisando passa a conhecer “a singularidade de sua história libidinal, de sua própria relação com o desejo, o passado, o futuro, a realidade”.²³⁹

Desse modo, para Aulagnier:

“A transferência ocupa, na experiência analítica, o papel de um catalisador que permite que dois discursos, duas histórias, duas experiências desemboquem na formação de uma terceira e nova construção da qual cada um dos construtores, terminada a análise, tirará as conseqüências, os proveitos, os ensinamentos, mais adequados ao prosseguimento de um percurso que continuará sozinho, mas cujos objetivos terão sido modificados”²⁴⁰.

No que diz respeito à clínica da psicose, a psicanalista italiana apesar de reconhecer as dificuldades e os obstáculos do trabalho com psicóticos e ao se deparar com “[...] os limites da metapsicologia freudiana frente ao conflito psicótico – limites que Freud reconhecia, mas localizava na impossibilidade de os psicóticos estabelecerem transferência com o analista -, fecunda-a com seus aportes tão rigorosos quanto criativos”.²⁴¹

Nesse sentido, Aulagnier ao se ocupar de paciente psicóticos descobre que eles têm sim capacidade de transferirem; entretanto, não deixa de esclarecer que o modo, pelo qual, esses sujeitos atualizam seus desejos, no quadro da situação analítica, dá-se de forma maciça e intensa.

Assim, segundo Violante:

“(...) dentre os psicanalistas freudianos contemporâneos, a obra de Aulagnier possui o mérito de contribuir metapsicológica, psicopatológica, metodológica, técnica e, portanto, eticamente para o legado freudiano, ao tornar possível a análise de psicóticos, de modo a responder à esperança de Freud, segundo a qual só com futuros progressos da Psicanálise é que esta poderia se tornar acessível à análise das psicoses”.²⁴²

Conforme pudemos constatar, por meio das concepções de Piera Aulagnier acerca do fenômeno de transferência, temos que este conceito continua sendo considerado, na contemporaneidade, de suma importância para o processo

²³⁹ AULAGNIER, Piera (1984). *O aprendiz de historiador e o mestre – feiticeiro- do discurso identificador ao discurso delirante*. São Paulo: Escuta, 1989, p. 21.

²⁴⁰ AULAGNIER, Piera (1984). Op. cit., p. 21-2.

²⁴¹ VIOLANTE, M. Lucia V. (2001). Op. cit., p. 9.

²⁴² Idem, p. 11.

psicanalítico, visto que é só através de sua elucidação e interpretação que o analista tem acesso a verdade inconsciente de seu analisando.

Nesse sentido, é só por meio da verdade inconsciente, presentificada pela transferência, que o analista pode proporcionar a suspensão da resistência e a superação da repetição, libertando o sujeito de seu conflito psíquico, em outras palavras, é só a partir do manejo adequado do processo transferencial que o analista é capaz de realizar o seu trabalho.

Capítulo Três

A transferência no Caso Raquel

Apresento fragmentos da psicoterapia²⁴³, de uma paciente a quem nomeio Raquel, sublinhado, sobretudo, o fenômeno da transferência que se instalou na relação comigo. Digo fragmentos, porque não se trata do relato de todo o processo psicoterápico, mas sim de momentos pontuais, nos quais pude compreender a transferência e intervir interpretando a atualização dos desejos que Raquel dirigiu a minha figura.

O tratamento psicoterápico com Raquel contou com uma sessão por semana, com duração de cinquenta minutos, e ainda está em andamento. Conforme mencionado anteriormente, selecionei da primeira entrevista até a vigésima quarta sessão, totalizando seis meses de atendimento, para ser objeto de estudo do presente trabalho.

Apesar do pouco tempo de psicoterapia, penso que foi o suficiente para se evidenciar vivências importantes da história de vida de Raquel, reveladas por meio da instalação e da interpretação do fenômeno da transferência.

Apesar do presente trabalho ter como objetivo estudar a transferência na psicoterapia de Raquel, em primeiro lugar apresentarei algumas experiências que possivelmente marcaram o desenvolvimento psíquico da paciente, ou seja, aspectos de sua história libidinal e identificatória, assim como de seu conflito edípico. Tais

²⁴³ Trata-se de psicoterapia de base psicanalítica e não de análise, pois eu sou psicóloga, mas não possuo formação em psicanálise.

elementos da vida emocional de Raquel possibilitaram que eu levantasse uma hipótese diagnóstica acerca do conflito e do sofrimento psíquico da paciente.

Estas considerações sobre o psiquismo de Raquel fazem-se necessárias pois elas subsidiam a compreensão e elucidação da transferência, já que esse fenômeno mental é fruto da singular história de Raquel, não podendo, assim, ser estudo separado dela.

Durante nossos encontros, Raquel contou-me que tem 28 anos e que é a primeira filha de um casal que teve duas filhas. A diferença de idade da paciente e sua irmã é de cinco anos. Raquel conheceu o seu marido, Fernando, quando eles cursavam psicologia e eles casaram-se há três anos.

Apesar de Fernando ter concluído o curso de psicologia, junto com Raquel, ele nunca atuou como psicólogo, pois já desenvolvia suas atividades profissionais como engenheiro em uma empresa multinacional.

Fernando é doze anos mais velho do que Raquel e, para ela, casar-se com um homem mais velho é bom, pois eles “geralmente são mais compreensivos e maduros”. Para Raquel a sua relação com seu marido é boa, uma vez que eles se dão “muito bem”.

Logo que se casaram, Raquel e Fernando não tinham planos de filhos, pois queriam “curtir o casamento”. Porém, recentemente, o casal passou a cogitar a possibilidade de ter um filho e foi quando Raquel constatou que tinha dificuldades para engravidar, devido à falta de ovulação. Diante desta situação, ela resolveu fazer tratamento para tentar reverter este quadro.

Raquel sente-se muito sozinha diante desse problema (a dificuldade para engravidar), pois, toda vez que vai conversar com Fernando sobre este fato, sente que ele não dá a devida atenção ou que ele não quer conversar sobre o assunto. Apesar de Raquel ter afirmado que homens mais velhos “geralmente são mais maduros e compreensivos”, não foi assim que ela percebeu Fernando, visto que, não sentiu que seu marido foi participativo e compreensivo diante de sua dificuldade para engravidar.

Ela acrescentou ainda que não divide com sua mãe o fato de não ter ovulação, pois tem certeza que ela fará cobranças. Perguntei-lhe como seriam essas cobranças e ela esclareceu que sua mãe ficaria perguntando: “menstruou ou não esse mês? Está tomando o remédio? Foi ao médico? Está fazendo o tratamento direito?”. Desabafa que não suporta esse tipo de cobrança de sua mãe, e que então,

prefere não lhe dizer nada. Também tem dificuldades quando vai à casa de alguns parentes e conhecidos e esses sempre perguntam: “quando virá o nenê?”

Parece-me que engravidar é vivido por ela como algo fundamental e, à medida que ela se depara com a falta de ovulação, experimenta uma sensação de frustração e impotência. Desse modo, Raquel almeja ser compreendida e acolhida pelo marido e por sua mãe, porém sente que eles não oferecem o que ela busca.

Já no que diz respeito a sua vida profissional, Raquel contou-me na primeira entrevista, que não atua como psicóloga. Ela tentou clinicar por um período, sublocando uma sala de uma amiga. Porém imprimindo um tom de tristeza, diz que sua tentativa de trabalhar como psicóloga não deu certo, porque a decoração da sala na qual ela atendia não estava de acordo com suas preferências, além do que a clínica ficava em outra cidade, o que dificultava sua locomoção. A paciente não escondeu sua frustração e tristeza por não trabalhar como psicóloga, ou nas palavras de Raquel: “naquilo que escolhi para fazer”- dando a impressão que exercer a profissão de psicóloga é vivido como algo essencial, assim como engravidar.

Desse modo, apesar de Raquel ter se formado em psicologia, ela continuou atuando como monitora em um Núcleo, no qual faz parte de um programa sócio educativo de uma Prefeitura do interior de São Paulo. Este tem como objetivo oferecer um espaço de educação e de convivência para crianças e adolescentes de baixa renda, no período em que estas não estão na escola.

A paciente procurou ajuda psicológica, justamente por ter experimentado uma vivência “extremamente desagradável no Núcleo” e, diante desta situação, decidiu pedir exoneração de seu cargo para o qual era concursada. Raquel foi bastante criticada pelos pais, pelo fato de ter pedido exoneração de seu cargo, os quais argumentaram que “nos dias de hoje está muito difícil conseguir um emprego” e que ela “não deveria ter largado um trabalho seguro e estável”.

E é neste tom de crítica e ameaça que Raquel fala sobre a figura paterna. Diz que seu pai foi sempre muito ausente, desde sua infância, pois viajava muito e raramente ficava em casa. Porém, quando estava em casa, conforme suas impressões, era muito ruim porque ocorriam muitas brigas, principalmente entre ele e sua mãe. Assim, para Raquel, quando seu pai estava em casa, ele era capaz de “tirar todo o sossego da família”. As ausências do pai eram motivadas pelo fato dele ter se mudado para outro Estado, a fim de trabalhar numa fazenda, quando ela

ainda era criança.²⁴⁴ Antes de se mudar trabalhava como motorista de táxi e, desse modo, provia o sustento de toda a família.

Em muitos momentos, Raquel presenciou o pai tentando persuadir a mãe para que todos fossem morar com ele nesse Estado. Apesar da insistência isso nunca ocorreu, porque sua mãe não aprovou tal proposta. Ela não escondeu sua sensação de que o pai ficou descontente com a decisão de sua mãe, porém também disse que seu pai nunca ajudou a mãe a cuidar das filhas, mostrando-se magoada. Segundo ela: “Minha mãe sempre cuidou da gente sozinha, meu pai nunca ajudou. Foi sempre o meu tio que fazia o papel de pai”.

Raquel diz também que, além de seu pai não ter sido participativo e colaborador em sua vida, ele soube “sempre criticar”. Quando ela decidiu que faria psicologia, foi duramente criticada, porque de acordo com seu pai, “essa profissão é para gente rica”. Desse modo, ela “passaria fome”, caso fosse psicóloga. Conta que era alvo de críticas não apenas de seu pai, mas da família dele, sobretudo, de sua avó paterna. Cada vez que ela ia visitar a família do pai, sua avó a comparava com sua prima Ivone. “Nossa, Raquel, como você está gorda, olha só o corpo da Ivone, que magrinho”.

Para Raquel, ela sempre foi considerada pela sua avó paterna como a neta que “tinha olho torto, era feia e burra”. A avó também hostilizava sua mãe, afirmando que ela não soube criar as filhas de uma forma adequada. Segundo a paciente, ela e um primo, que “nasceu doente,” eram considerados pelo pai e por sua família, como os “retardados da família”. Conta que se sentia responsabilizada por tudo de ruim que acontecia na família. Diz que era muito ligada a Ivone quando ambas eram adolescentes.

Numa certa ocasião, sua tia paterna achou uma cartela de anticoncepcionais na bolsa da filha (Ivone), e segundo Raquel, sua família a responsabilizou “por ter levado Ivone para o mau caminho”. Ela entendeu que sua família a considerou capaz de influenciar negativamente a prima pelo fato de, na época, estar namorando um rapaz que tinha cabelos compridos e por este ser músico. Este fato, segundo sua percepção, foi visto por sua família como um indício de marginalidade e de envolvimento dele com drogas.

²⁴⁴ Raquel não soube precisar sua idade quando esse fato ocorreu.

Desse modo, parece-me que a história de vida de Raquel é marcada por experiências recheadas de críticas, exigências e desinvestimentos afetivos. Possivelmente ela se identificou com a posição de “retardada da família”, além de ser aquela que é capaz de influenciar negativamente o outro, no caso a prima.

Parece-me que, quando seu pai mudou-se para outro Estado, este acontecimento pode ter sido vivido como um abandono, ou seja, um desinvestimento.

Já no que diz respeito à sua mãe, segundo Raquel, ela trabalha numa Unidade de Saúde, como enfermeira. Ela sempre considerou a mãe como uma pessoa muito “batalhadora”, já que ela foi capaz de criar as duas filhas sozinha. Quando o pai mudou-se para outro Estado, a família enfrentou sérias dificuldades financeiras. Para ela, esse fato foi muito difícil e doloroso, “enquanto meu pai estava numa boa, a gente passava um apuro danado”, diz ela. Portanto, Raquel não esconde o orgulho e a admiração que sente por sua mãe, por ela ter “dado conta de cuidar das filhas, sem a ajuda do marido”.

Por outro lado, diz que a mãe não é uma pessoa muito afetiva e carinhosa, “nunca foi de demonstrar o que sente por mim, não era de pegar no colo, ou mesmo de dar beijos”. Acrescentou: “Minha mãe nunca foi de dizer: eu te amo”. A esse traço da mãe, a paciente atribuiu suas dificuldades de se aproximar dela e de lhe dizer o que sente por ela. “Você acredita que não consigo falar para a minha mãe: eu te amo?” Para Raquel, sua mãe sempre cuidou das filhas muito bem, preocupando-se com a alimentação, a higiene e os estudos, porém avalia que entre elas nunca houve espaço para conversas a respeito de sentimentos e emoções.

Segundo ela, a mãe sempre foi muito exigente, cobrando-lhe que fosse uma excelente aluna e que, em todas as ocasiões, se comportasse muito bem. “Lembro sempre da minha mãe dizendo: primeiro a obrigação depois a diversão”. Diante de tais exigências, Raquel se empenhava ao máximo para cumpri-las, pois, caso isso não acontecesse, ela era duramente criticada.

Numa certa ocasião, ela saiu para se divertir com suas amigas e sua irmã resolveu ir junto. A mãe recomendou-lhe que cuidasse da irmã e que ao vir embora, a trouxesse consigo. Porém, a uma certa altura do passeio, a irmã de Raquel quis ir embora e esta permitiu-lhe que fosse acompanhada de algumas amigas. Quando ela chegou em casa, a mãe veio “enfurecida” ao seu encontro, gritou com ela,

chamando-a de “vagabunda”. Segundo Raquel, ela ficou extremamente impactada com a reação da mãe e com as críticas que ela fez.

Assim, parece-me que a descrição e a sensação que Raquel tem a respeito da mãe não difere muito da que tem sobre o pai, em relação a vivências de críticas e exigências, assim como de investimento afetivo, já que a mãe é considerada por ela como uma pessoa pouco carinhosa e afetiva, além de rígida e exigente.

Em suas associações, Raquel também trouxe a figura da avó materna. Esta morava com a família da paciente. Para Raquel, sua avó sempre foi muito compreensiva e calorosa com ela e com sua irmã. “Sabe aquelas pessoas que têm cara de vó e fazem o papel de vó? Assim era minha avó Maria. Fazia doces e bolos para mim”. Diz que sente saudades da avó, tendo esta falecido há cinco anos. Apesar de Dona Maria parecer ser uma figura de grande valor afetivo para Raquel, durante nossos encontros, ela foi tema de pouquíssimas associações.

A irmã de Raquel, por sua vez, é descrita como uma moça “decidida e segura”, o que a leva a recriminar-se por não ter as mesmas características da irmã. Contou-me que, quando a irmã resolveu fazer fonoaudiologia, o pai teceu as mesmas críticas que tinha feito à paciente a respeito de cursar psicologia, isto é, que tais profissões são destinadas às pessoas que possuem um alto poder aquisitivo e fonoaudiologia, assim como psicologia, não é uma profissão rentável. Ao ouvir essas opiniões do pai, segundo Raquel, a irmã tomou uma atitude contrária aos habituais comportamentos da paciente, respondendo a altura às críticas do pai. Acrescentou que a irmã fez fonoaudiologia e que hoje é uma excelente profissional. Parece-me que Raquel se inferioriza, inveja e sente raiva da irmã por esta ser “decidida e segura”, por ela ter conseguido enfrentar as críticas de seu pai e ainda, por ter tido sucesso em sua vida profissional.

Ao longo do processo psicoterápico, Raquel também me relatou sobre o relacionamento de seus pais que avaliou como “muito complicado”. Contou-me que, depois que seu pai foi morar em outro Estado, aos poucos, ele passou a freqüentar cada vez menos a sua casa. Até que raramente vem visitar as filhas e a mulher, e quando vem, há muitas discussões com todos, principalmente com sua mãe. Numa dessas visitas, quando nem Raquel, nem a irmã e nem tão pouco a mãe estavam em casa o pai fez uma ligação e, por engano, segundo a paciente, ele gravou sua conversa na secretária eletrônica. A irmã de Raquel, ao chegar em casa, escutou a conversa do pai gravada na secretária eletrônica e constatou que ele mantinha um

relacionamento com outra mulher. No mesmo instante, a irmã da paciente quis expulsar o pai de casa. Raquel, por sua vez, não foi favorável à saída do pai de casa, pelo menos naquele momento, pois era um domingo à noite e ele não teria para onde ir. Relata que sua mãe já tinha ciência que seu pai mantinha um relacionamento extraconjugal. “Não sei como ela suportou isso, se fosse comigo não teria permitido”.

O que foi pior para Raquel foi o fato dela e de sua família terem passado por algumas dificuldades econômicas devido a seu pai ter se mudado para outro Estado e, agora, saber que ele tem outra mulher e que “gasta todo o seu dinheiro com ela”. Para Raquel, sua mãe “não tomou nenhuma providência” porque dependia do marido financeiramente.

Importantes lembranças de Raquel que a levaram a pensar sobre as razões pela quais seus pais mantiveram-se unidos (por um certo período de tempo), isto é, qual o desejo que uniu o casal parental e foi o responsável por sua existência?

A impressão que Raquel tem a respeito de sua origem é que seus pais se uniram por razões de ordem financeira e não por laços afetivos. Assim, a paciente não pôde identificar-se com a resposta do desejo compartilhado dos pais, porque o relacionamento deles, segundo suas impressões, foi marcado por desafetos, desinvestimentos, desacordos e traição.

Uma conjectura que se faz possível, através do material apresentado por Raquel, é que possivelmente ela tenha se identificado com o pai, no que diz respeito a falta de investimento libidinal de sua mãe na união do casal (não concordou em acompanhar o marido a outro Estado, por exemplo).

Penso, desta forma, porque por meio dos relatos de Raquel é possível supor que a paciente não se sentiu suficientemente amada pelos pais, por ter ocupado para o pai o lugar de “retardada da família”; assim como pelo fato de que, na sua relação com a mãe, nunca ter havido espaço para demonstração de carinhos e afetos.

Suponho que essa situação (a paciente ter sentido que não foi suficientemente alvo do investimento libidinal de seus pais) pode ter favorecido para que ela tenha se identificado, em parte, com o pai, na medida que este também não foi objeto de investimento libidinal por parte da mãe.

Raquel apresenta-se, em quase todas as sessões, com uma feição séria e preocupada e, constantemente, se auto deprecia, julgando-se incapaz, incompetente e inferior aos outros.

Conforme mencionado, a paciente solicitou ajuda psicológica por estar passando por “um momento muito difícil” de sua vida, pois recentemente, havia pedido exoneração de seu cargo de monitora em um Núcleo, porque lá vivenciou uma experiência “extremamente desagradável”. A partir de então, passou a apresentar diversos sintomas fóbicos, tais como, pavor em pensar que teria que voltar a trabalhar na instituição, sudorese, taquicardia e vertigem.

Numa reunião entre a Coordenação do Núcleo e os pais das crianças e dos adolescentes que lá freqüentavam, ficou acordado que os menores só poderiam participar das atividades extras (passeios e viagens) que a instituição promovia, caso tivessem uma certa assiduidade nas atividades cotidianas.

Em acordo com o que foi estabelecido nesta reunião, Raquel avisou a uma turma de adolescentes que ela coordenava que a regra passaria a valer para o próximo passeio que almejava fazer com eles. Argumentou, enfaticamente, que decidiu colocar o acordo em prática, pois considerou que a decisão foi tomada de forma democrática e justa, já que todos concordaram e, sobretudo, pelo fato de que alguns “adolescentes só apareciam no Núcleo quando tinha passeio”.

O fato de Raquel ter colocado a regra em prática e de ter avisado a turma que aqueles que não freqüentavam o Núcleo com uma certa regularidade não poderiam participar do passeio despertou uma forte reação na comunidade. Algumas mães indignadas com sua atitude foram até o Núcleo reclamar e protestar. Uma mãe, em particular, chamou a atenção de Raquel porque segundo suas impressões, essa senhora tinha muita influência sobre a comunidade e foi capaz de colocar todas as pessoas (mães) contra os profissionais do Núcleo, principalmente, contra Raquel. As crianças e os adolescentes, por sua vez, também não esconderam todo o descontentamento com a implantação de tal regra e se comportaram, segundo a paciente, de maneira bastante agressiva. Ela ficou impactada tanto com a reação das mães, quanto com a das crianças e adolescentes, que, segundo ela, foi extremamente agressiva, criando um clima de caos no Núcleo.

Ao final desse dia, que para Raquel parecia interminável, ela voltou do Núcleo para sua casa, chorando o trajeto todo. Quando chegou em casa, contou tudo o que havia ocorrido para seu marido, Fernando, que, segundo ela, não deu a “menor

bola” para o seu sofrimento. Raquel não escondeu, mais uma vez, sua decepção e frustração pelo fato de Fernando não ter “compreendido e acolhido” o seu pesar e, então, procurou sua mãe para desabafar e “ser acolhida”. Assim, temos que Raquel vivenciou a receptividade de seu marido de forma muito semelhante àquela que experimentou ao se deparar com sua dificuldade de engravidar, já que considerou que Fernando, em ambas as situações (Núcleo e falta de ovulação), não a acolheu e a compreendeu.

A paciente continuou a contar-me que se sentiu profundamente desrespeitada pela comunidade, principalmente, pela senhora que “liderou” o protesto contra os profissionais do Núcleo, pois a decisão tinha tido a anuência de todos, ou seja, dos profissionais do Núcleo e das mães. A partir dessa experiência, Raquel não voltou mais ao Núcleo. Procurou ajuda psiquiátrica e foi afastada do trabalho por um mês.

Durante esse mês, ela não podia nem sequer pensar em voltar a trabalhar no Núcleo, pois, quando isso acontecia, sentia intensos sintomas fóbicos, o que foi diagnosticado pela psiquiatra como síndrome do Pânico. Frente ao fato de sentir-se muito angustiada com a possibilidade de voltar a trabalhar no Núcleo, ela decidiu pedir exoneração de seu cargo, para o qual era concursada. Como anteriormente relatado, diante deste fato Raquel enfrentou as críticas de seus pais, já que estes consideraram que ela não deveria ter deixado um emprego “seguro e estável”.

Com as críticas de seus pais, Raquel passou a se perguntar se não se arrependeria de ter tomado tal decisão e, principalmente, passou a sentir medo de não conseguir outra colocação. Apesar do seu temor de ficar desempregada, ela demonstrou esperanças com a sua saída do Núcleo, de conseguir um emprego como psicóloga. Segundo Raquel: “seria a realização de um sonho, atuar naquilo que escolhi”.

Acerca das possíveis razões pelas quais ela se encontra em sofrimento mental, a princípio, pareceu-me que ela sentiu que as crianças e os adolescentes não estavam interessados e investindo em seu trabalho no Núcleo, ou melhor, que as atividades que ela propunha não estavam sendo capazes de despertar interesse. Sentia que os adolescentes não se interessavam por ela, desvalorizando-a e criticando-a.

Pareceu-me que esse fato foi capaz de despertar raiva em Raquel, a ponto dela defender, com energia, a decisão tomada na reunião, ou seja, uma forma de

punir aqueles que não participavam das atividades diárias do Núcleo, ou melhor, das atividades planejadas por ela.

Diante dos relatos de Raquel sobre sua história de vida, posso identificar que seu relacionamento com figuras de importante valor emocional, como os pais, por exemplo, foi marcado por experiências de desinvestimentos afetivos, críticas e exigências.

Assim, suponho que a experiência de Raquel no Núcleo tenha-lhe remetido a vivências mais remotas, ou seja, às suas relações com figuras de grande valor emocional, os pais. Levanto a possibilidade de Raquel sentir-se criticada, e rejeitada pelos adolescentes do Núcleo, assim como, um dia, sentiu-se rejeitada pelos pais. Portanto, a paciente estaria reivindicando a atenção, o interesse e o amor dos adolescentes assim como ela gostaria de ter sido alvo do amor de seus pais. Ao sentir que os adolescentes não foram ao encontro de suas expectativas de amor, passou a hostilizá-los, através da regra acordada na reunião.

Parece-me que as experiências de críticas e exigências que Raquel vivenciou com seus pais favoreceram para que ela constitui-se um superego rígido e crítico. Também suponho que a senhora que, “liderou” o protesto no Núcleo, pode ter tomado o lugar dos pais críticos de Raquel, indo ao encontro das exigências desta instância mental (superego), levando-a a sentir uma forte angústia ao se deparar com tal pessoa. Assim, a paciente estaria se valendo de deslocamento do afeto de uma representação original (pais) para uma outra representação que se associa a primeira (a senhora que liderou o protesto), a fim de se proteger dos pais críticos. Nesse contexto, segundo minhas interpretações, Raquel estaria repetindo no Núcleo uma forma de se relacionar (amar e odiar) com os adolescentes e suas mães que há muito ela desenvolveu.

É importante considerar também que o fato de Raquel querer ter um filho e não estar conseguindo, assim como, de não exercer a profissão de psicóloga, podem indicar que ela se vê e se sente menos do que gostaria de ser, levando-a a experimentar um conflito entre o que ela realmente tem e é (ego) e o que almeja ter e ser (ideais). Tal conflito possivelmente a remete a uma vivência de castração (infertilidade e não trabalhar como psicóloga). Desse modo, parece-me que ela tem uma necessidade de ter/receber, o que me leva a pensar em uma característica própria da fase oral.

Notei que, ao Raquel se deparar com a infertilidade e com a difícil situação do Núcleo, ela voltou-se para Fernando esperando ser “compreendida e acolhida”. Penso que talvez ela nutrisse a esperança de que seu marido fosse capaz de lhe oferecer algo e pudesse minimizar o seu sofrimento. Porém, ela me conta que se frustrou em suas expectativas de ser compreendida e acolhida, ou melhor, de ser amada, sentido que Fernando negou-lhe amor, não dando a “menor bola” para o seu sofrimento, ou ainda evitando conversar sobre a dificuldade para engravidar.

Assim, são com essas interpretações, extraídas, a partir das associações de Raquel, que levanto a hipóteses de uma estrutura histórica, já que ela parece ter necessidade de receber algo (amor dos pais, amor do marido, amor dos adolescentes do Núcleo), assim como se sente castrada (infertilidade; interiorização diante da irmã e da prima; e o fato de não trabalhar como psicóloga), sinalizando para uma problemática no registro tanto da oralidade, como da falicidade.

As manifestações da transferência na psicoterapia de Raquel, assim se apresentaram.

Raquel, demonstrando muito entusiasmo, disse que foi contratada para trabalhar como psicóloga social em uma ONG. Apesar da felicidade pela conquista do emprego, ela manifestou temor e preocupação com o trabalho, perguntando-se sempre se conseguirá “dar conta do recado”. Raquel, em seu novo emprego, passará a acompanhar casos de crianças e adolescentes que foram vítimas de violência doméstica, negligência, maus tratos e abandono. E, é nesse contexto do seu novo trabalho, que Raquel numa sessão trouxe um importante material.

Chegou à sessão com dez minutos de atraso, aparentando nervosismo, falando rapidamente, gesticulando e respirando de maneira ofegante. Iniciou sua fala justificando-se (o tom era de desculpas) por ter chegado atrasada. “Cheguei atrasada, pois fui visitar as três crianças que foram abrigadas”²⁴⁵. Disse que estava se sentindo confusa, que ficaria “louca” e que estava precisando “organizar as coisas em sua cabeça”. Entendi que a paciente estava pedindo a minha ajuda para poder organizar o seu pensamento, as suas emoções. Raquel passou, então, a me contar, demonstrando nervosismo e agitação, a situação das crianças abrigadas.

²⁴⁵ As crianças foram abrigadas, por determinação judicial, já que foram vítimas de violência física, cometida pelo pai.

Segundo ela, as crianças em questão foram vítimas de violência física por parte do pai, que é alcoólatra. Diante dessa situação, o juiz da Vara da Infância e Juventude da cidade, na qual Raquel trabalha, determinou o abrigamento das crianças com o intuito de protegê-las. O agressor das crianças, ou seja, o pai, foi afastado da família, também por determinação judicial. Com isso, Raquel passou a defender, enfaticamente, que com a saída do pai do seio familiar, a mãe teria condições de ficar com os filhos. Para ela, seria mais adequado e melhor para as crianças que estas ficassem com a mãe, ao invés de permanecerem abrigadas.

Penso que ela possivelmente pode ter se identificado com a mãe das crianças, visto que Raquel quer ter um filho, porém não está conseguindo e a referida senhora “perdeu a guarda dos filhos”, ou seja, não os tem, ao menos por esse momento. Suponho que essa possível identificação de Raquel com a mãe das crianças abrigadas, favoreceu significativamente para que ela defendesse com energia que o desabrigamento é a melhor solução para essa problemática.

Ao defender essa idéia (de as crianças ficarem com a mãe), Raquel se deparou com as críticas dos técnicos do abrigo, assim como da Coordenação da ONG, visto que estes defendiam exatamente o contrário, isto é, a permanência das crianças no abrigo. As críticas dos colegas de trabalho, assim como da Coordenação da ONG foram capazes de despertar raiva em Raquel e ela passou a hostilizar-se, considerando-se como uma “verdadeira retardada, uma incapaz, uma incompetente”.

Assim, me pus a pensar sobre as razões pelas quais Raquel se apresentava tão angustiada diante das críticas que havia sofrido. Notei que as hostilizações que ela dirigiu a si mesma, nesse momento, são muito próximas daquelas de que foi alvo por parte de seus pais e de sua avó paterna. A angústia e a raiva de Raquel aumentaram, na medida em que ela me contou que a Coordenação da ONG e a equipe do abrigo afirmaram que ela estava “envolvida emocionalmente” com o caso das crianças que foram violentadas pelo pai.

A paciente se perguntava, angustiada, inúmeras vezes durante a sessão se estava ou não envolvida emocionalmente com esse caso.

Resolvi, então, perguntar-lhe: O que é estar envolvida emocionalmente com o caso das crianças vitimizadas fisicamente?

A paciente me respondeu: “Acho que é quando você não consegue dormir por causa daquilo, quando o caso atrapalha o seu cotidiano. Eu estou dormindo, as

crianças não estão me atrapalhando. Apesar de que cheguei atrasada na sessão. Ah, Cristiane, não piore as coisas. Será que estou envolvida emocionalmente?”

Assim, parece-me que Raquel ouviu a minha pergunta como se eu estivesse criticando-a, julgando que ela realmente estava envolvida com a problemática das crianças abrigadas, ou seja, a condenando, e desse modo, pede para que eu “não piore as coisas”. Entendo que “piorar as coisas” significa para ela reviver, na situação transferencial, uma relação de críticas e de condenação. Conseqüentemente, diante do conflito de Raquel pareceu-me que ela me colocou, na transferência, na seguinte posição: solicitou e desejava que eu ficasse ao seu lado, ou seja, entender e reconhecer que ela estava certa ao pensar que o melhor para as crianças abrigadas era mesmo que ficassem com a mãe. Desse modo, Raquel atualizou na situação psicoterápica a sua necessidade de ser reconhecida. Porém, ao mesmo tempo, entendo que ela também na transferência, estava temerosa que eu tomasse a mesma posição que os seus colegas de trabalho e que a Coordenação da ONG, isto é, que a criticasse e a julgasse como uma profissional incapaz.

Assim, penso que o grande temor que Raquel abriu na sessão diz respeito ao pavor que eu a julgasse como uma profissional ruim, como alguém incapaz, indo, desse modo, ao encontro das exigências e críticas de seu superego.

Penso que essa vivência de Raquel se aproxima muito daquela que ela experimentou no Núcleo, já que nas duas circunstâncias, e eu incluo a relação transferencial, a paciente sentiu uma forte angústia e ficou temerosa de reviver uma experiência de crítica e condenação. Esta foi presentificada na situação do Núcleo, pelas mães dos adolescentes; no seu trabalho atual, pela equipe do abrigo e pela coordenação da ONG; e na psicoterapia, por mim.

Outra importante semelhança com a situação do Núcleo, diz respeito à Raquel desejar e solicitar o reconhecimento do outro, ou seja, dos adolescentes do Núcleo, de seus colegas de trabalho e da chefia da ONG, assim como de mim. Diante dessa situação, penso que Raquel realmente está repetindo uma forma de amar e odiar que ela desenvolveu há tempos, ou conforme menciona Freud, um clichê estereotípico.

Contudo, qual será esse clichê estereotípico que Raquel presentificou tanto no Núcleo, em seu trabalho na ONG, como na situação psicoterápica? Qual será a vivência subjacente a essa repetição?

Para responder essas questões apresentarei e discutirei, em seguida, mais alguns fragmentos do processo psicoterápico de Raquel.

Voltando à sessão, intervenho dizendo a Raquel o quanto ela estava temerosa com a possibilidade de estar envolvida emocionalmente com a problemática das crianças violentadas e, principalmente, o como ouviu a minha pergunta (o que é estar envolvida emocionalmente com as crianças violentadas?). Ela sentiu que eu estava dizendo que ela realmente estava envolvida com o caso das crianças, ou avaliando que ela procedeu de forma incorreta ao defender o não abrigo das crianças. Digo-lhe que quando ela acompanha um caso pode ocorrer deste mobilizar alguns sentimentos e este fato parece ser inevitável. Nesse sentido, aponto para a paciente que por isso mesmo há a necessidade dela se submeter à psicoterapia, justamente para ter a oportunidade de lidar com seus próprios conflitos e com aquilo que a problemática das crianças é capaz de despertar nela.

Ao interpretar a atualização de desejos de Raquel, ou seja, a transferência, e ao clarear o fato dela estar “envolvida emocionalmente” com o caso das crianças, percebo que sua respiração, que, desde o início da sessão estava acelerada, assim como o seu discurso, mudam de ritmo, tornando-se mais lentos e pausados.

Assim, penso que Raquel reconheceu, nas minhas interpretações, sua necessidade de ser reconhecida, assim como o seu temor em ser criticada, ou seja, de reviver, na relação transferencial, uma situação de crítica e exigências.

Percebo que, ao pontuar para a paciente a necessidade de psicoterapia, pude ajudá-la a transformar sua angústia e temor em algo normal, esperado, pois, após minhas intervenções, Raquel comunicou-me: “Nossa, você tirou um peso das minhas costas, estava tão angustiada com isso, estava me torturando. Estou aliviada”.

Assim, pude constatar que não me posicionando de acordo com as imperiosas exigências de Raquel, ou seja, indo ao encontro da transferência e afirmando que ela estava correta em pensar que as crianças não deveriam ser abrigadas, ou então, criticando-a e a considerando como uma profissional incapaz, pude abrir um campo para clarear e interpretar certos mecanismos repetitivos dela, isto é, o seu desejo de ser reconhecida e o seu temor de ser condenada e criticada. Desse modo, a fantasia de ser punida e condenada por mim, que foi presentificada

por meio da transferência, foi afastada e a situação psicoterápica mudou de tom. Raquel passou a falar mais pausadamente, não se mostrando mais angustiada.

O fato de Raquel ter chegado atrasada na sessão e se desculpar por isso me fez pensar que ela temia também que eu pudesse chamar a sua atenção por esse acontecimento, demonstrando, assim, mais uma vez, o seu medo de reviver, na situação transferencial, uma experiência de crítica e exigências.

Após minhas intervenções, Raquel continuou a associar, lembrando de que, nas discussões, das quais participa, sente-se paralisada, não conseguindo expor suas idéias, convicções e reflexões. “É ruim, me sinto como uma retardada, fico com muita raiva de mim por não conseguir ir contra o que o outro está dizendo, não consigo argumentar, me paraliso”.

Digo-lhe que se sente inibida intelectualmente, experimentando uma sensação de timidez e insegurança. Levanto a hipótese de Raquel conter-se, porque, quando é criticada, sente muita raiva e, desse modo, teme responder para o outro, pois provavelmente em sua resposta será agressiva, violenta, sentindo, então, que poderá causar um dano ao outro. Assim, ela se contém e não argumenta porque sendo agressiva tem medo de uma possível reação, uma possível rejeição.

Portanto, a paciente não lida bem com sua agressividade e possivelmente a projeta no outro, o que suponho ter ocorrido no contexto da psicoterapia, uma vez que Raquel, possivelmente, temia uma agressividade de minha parte, tanto crendo que eu a julgasse como má profissional, ou então, que eu pudesse chamar a sua atenção pelo atraso na sessão.

Em outro momento do trabalho terapêutico, Raquel iniciou a sua fala pedindo desculpas por trazer novamente o caso das crianças que foram agredidas pelo pai. Assim, a paciente passou a conta-me que foi a uma reunião, na qual, estavam presentes alguns profissionais que acompanham esse caso. Relata que se preparou bastante para tal encontro e almejava sair dessa reunião com uma solução para o caso das crianças abrigadas, ou pelo mesmo, com alguns encaminhamentos. Porém, deparou-se com alguns empecilhos as suas expectativas. Diz que: “não deu nada certo”.

Chegou pontualmente na hora marcada para o início da reunião, mas esta só começou com meia hora de atraso pois os profissionais envolvidos não chegaram, conforme havia sido combinado. Com isso, Raquel ficou bastante irritada. Durante a

reunião, sua irritação não diminuiu; pelo contrário, só intensificou-se, visto, que segundo sua percepção, as pessoas não foram objetivas, não discutiram nenhuma proposta viável e concreta, “ficaram viajando”. Ela tentou imprimir um tom mais objetivo à discussão e propôs algo para a equipe, porém sentiu que suas idéias não foram sequer consideradas e, muito menos, “levadas a sério”.

Perguntei-lhe como se sentiu na reunião e ela foi enfática: “uma verdadeira retardada, incompetente, ninguém me ouviu. Como se as pessoas tivessem falado: deixa essa aí para lá, ela não sabe nada”. Demonstrando raiva, Raquel continuou: “Às vezes eu sinto que não sirvo para ser psicóloga, deveria mudar de profissão, ser faxineira”. O fato de Raquel estar diante de uma psicóloga e me dizer que “deveria mudar de profissão, ser faxineira”, me fez pensar o quanto ela se inferioriza diante de mim.

Parece-me que Raquel supõe que eu detenho algo que ela almeja, ou seja, ser psicóloga e exercer tal função. Penso que essa vivência diz algo sobre a lógica fálica, na medida em que, eu sou possuidora de algo que ela deseja, desse modo, ser psicóloga pode ser ouvido analiticamente como possuir o falo e ela, por sua vez, se vê e se sente desprovida deste – castrada.

Digo-lhe que o seu desconforto está relacionando com o fato dela ter nutrido uma esperança e de ter desejado que a equipe reconhecesse o seu empenho em relação ao caso das crianças vítimas de violência e, sobretudo, que aprovassem e julgassem pertinente a sua proposta.

Após um breve silêncio, Raquel continuou a associar; “Sabe, é tudo muito confuso em minha cabeça. Ao mesmo tempo, eu gostaria que você me dissesse que fiz tudo certo, que sou uma boa profissional e que me apontasse um caminho, se eu deveria ir por aqui ou por ali”.

Pergunto-lhe como se sentiu ao me pedir para apontar um caminho.

Raquel me respondeu da seguinte forma: “Acho que preciso de uma mãe, me sinto como uma criança que precisa que a mãe pegue em sua mão e mostre o caminho”. Diante da fala de Raquel, interpretei que ela me colocou no lugar de mãe. Uma mãe calorosa e compreensiva que indica qual o melhor caminho a seguir, isto é, que protege e cuida. Em outras palavras, uma mãe que ama seu filho. Raquel responde à minha fala chorando e voltou a associar, dessa vez, trazendo sua mãe. “Eu sempre busquei que minha mãe me reconhecesse, que ela me elogiasse. Em muitas vezes, já me peguei pensando que fiz psicologia para agradá-la. E que era

tão importante que eu trabalhasse e fosse reconhecida como psicóloga para que minha mãe se orgulhasse de mim”.

A partir desse fragmento de associação, Raquel pôde presentificar, por meio da transferência na relação psicoterápica, o seu desejo de ser elogiada, reconhecida e, por que não, amada pela terapeuta, assim como gostaria de ter sido amada por sua mãe.

Frente à narrativa de Raquel acerca de sua história de vida, relatada durante o processo psicoterápico, penso que a hipótese que levantei, no início da apresentação e da discussão deste caso clínico, vai se confirmando, ou seja, a possibilidade de Raquel ter sentido que não foi amada suficientemente por seus pais, assim como de ter assimilado um superego rígido e crítico devido às experiências de exigências e cobranças que ela vivenciou com as figuras parentais.

Assim, Raquel, ao sentir a impossibilidade de atender as imperiosas exigências de seu superego, ou seja, a não oportunidade de trabalhar como psicóloga, depois a sensação de não exercer tal profissão de uma maneira satisfatória, e ainda a sua infertilidade favorecem significativamente para que ela se inferiorizasse (diante da irmã, dos colegas de trabalho e de mim) e se julgasse como pior que os outros, revelando a sua sensação de ser castrada.

Diante dessas discussões e interpretações dos fragmentos de associações de Raquel, assim como do fenômeno de transferência se faz possível responder às questões que formulei anteriormente, ou seja, qual será o clichê estereotípico que Raquel presentificou, tanto no Núcleo, em seu trabalho na ONG, como na situação psicoterápica? Qual será a vivência subjacente a essa repetição?

Suponho que ela foi capaz de repetir no Núcleo, no seu trabalho atual e na situação psicoterápica protótipos infantis que ela adquiriu na relação com figuras de grande importância afetiva, ou seja, os pais. Ela os atualizou, nesses contextos, isto é, o seu temor em reviver uma experiência de crítica e julgamento, remetendo-a a uma vivência de castração, assim como a sua necessidade de ser amada e querida.

Assim, foi, por meio da instalação, da elucidação e da interpretação da transferência que se fez presente no processo psicoterápico de Raquel, que eu pude ter acesso a valiosos acontecimentos de sua vida psíquica, isto é, de representantes da sua vida sexual infantil.

Considerações Finais

A presente dissertação teve como objetivo estudar e compreender a transferência, que se fez presente, nos seis meses de psicoterapia de Raquel. Para atingir tal objetivo recorri, ao legado freudiano estudando e compreendendo os postulados do médico vienense acerca da teoria da transferência desde os “Estudos sobre A Histeria” de 1895, até “Análise Terminável e Interminável” de 1937. Vale acrescentar que também recorri a importantes comentadores de Freud, como: Lagache, Birman, Jones, Strachey, Laplanche, Pontalis e Violante.

Acompanhando os pensamentos, as conceituações e a construção do conceito da transferência, na obra de Freud, pude constatar que ao longo dos escritos do médico vienense esse fenômeno passou de uma noção pontual para uma idéia de fundamental importância dentro do processo analítico. A transferência que é pensada como um entrave, um obstáculo ao tratamento, nos primórdios da psicanálise, passa a ser considerada como um elemento indispensável para que uma análise possa ocorrer, já a partir da narrativa do “Caso Dora”, publicada em 1905.

Após o relato da análise da adolescente de 18 anos, Freud não deixou de se ocupar da transferência. Solidificou a teoria do processo transferencial, por volta dos anos de 1920, com a publicação de “Além do Princípio do Prazer”, relacionando a transferência também com outros fundamentais conceitos psicanalíticos, tais como, resistência, compulsão à repetição e pulsão de morte.

A transferência possui toda essa importância para a psicanálise, porque a sua instalação, a sua modalidade, o seu conteúdo, a sua interpretação e a sua resolução são capazes de caracterizar o tratamento analítico.

Nesse sentido, reflete Olivé: “a transferência é um dos conceitos fundamentais em que se sustenta o referencial teórico psicanalítico e é, por sua vez, nessa noção, que se contextualiza sua práxis”.²⁴⁶

É importante considerar que o fenômeno transferencial é fruto da constituição psíquica de cada sujeito, e desse modo, se manifesta na relação analítica de maneira singular, já que o aparelho psíquico de cada ser humano se constitui também de modo particular.

Assim, o presente trabalho objetivou estudar a transferência num caso específico de meu consultório particular, o Caso Raquel. Para isso, se fez necessário que eu selecionasse alguns fragmentos do processo psicoterápico de Raquel, a fim de sublinhar as manifestações da transferência, já que “há uma dimensão infinita”²⁴⁷ nos encontros com a paciente e que, além de serem impossível de ser objeto de atenção e de investigação, não eram de interesse para a presente discussão.

Durante o processo psicoterápico e por meio da narrativa de Raquel, pude levantar a hipótese que ela não se sentiu suficientemente amada por figuras de grande valor afetivo, os pais.

Além da provável falta de investimento libidinal, por parte dos pais, ela vivenciou muitas experiências de críticas e de exigências, ocupando possivelmente o lugar de “retardada da família” para o pai e para a avó paterna, assim como considerou que, em sua relação com a mãe ela sempre foi alvo de exigências e julgamentos. Desta forma, supus que essas vivências favoreceram significativamente para que Raquel assimilasse um superego rígido e crítico.

Em muitos momentos da psicoterapia, Raquel se inferiorizava diante dos outros (irmã, colegas de trabalho e de mim), por ter dificuldades para engravidar, (devido à falta de ovulação), por não trabalhar como psicóloga e depois por julgar que não exercia tal profissão de maneira competente. Portanto, interpretei essas experiências de Raquel como a manifestação de um conflito entre o que ela

²⁴⁶ OLIVÉ, Carlos (1991). *A Transferência: um conceito fundamental*. In: SLAVUTZKY, Abrão (Org.). *Transferências*. São Paulo: Escuta, 1991, p. 79.

²⁴⁷ SAFRA, Gilberto (1993). Op. cit., p. 124.

realmente é e tem (ego) e o que ela almeja, deseja ser e ter (idéias). Propus também que, ao Raquel se deparar e se comparar com os outros, ela supõe que estes são possuidores daquilo que ela deseja, o que a leva a experimentar uma sensação de castração.

A cada dificuldade que Raquel encontrava em sua vida, ela se voltava para o seu marido com o intuito de ser “compreendida e acolhida”. Penso que esse movimento dela para o marido parece expressar o seu desejo de que ele fosse capaz de oferecer-lhe algo, talvez amor, para aplacar e minimizar o seu sofrimento, apontando para uma característica própria da fase oral.

Foram com esses entendimentos acerca do funcionamento mental de Raquel que levantei uma hipótese diagnóstica, considerando que a sua problemática provavelmente gira em torno do registro da falicidade, assim como, da oralidade, sinalizando para uma estrutura histórica.

Essas compreensões a respeito da vida emocional de Raquel - ou seja, a possibilidade dela não ter se sentido suficientemente amada pelos pais; de ter internalizado um superego rígido e crítico (pais criticadores); e de sentir-se castrada - ganharam maior concretude, na medida em que, foram presentificadas, por meio da transferência, na situação psicoterápica.

Em uma sessão, supus que Raquel pôde atualizar o seu temor de ser criticada por mim (assim como um dia foi alvo das críticas de seus pais), por ter chegado atrasada na sessão. Conjeturei que ela também temia reviver, na transferência, uma experiência de julgamento e críticas, já que ela supunha que eu pudesse criticá-la por defender a idéia de que a melhor solução para o caso das crianças, que acompanhava em seu trabalho, era o desabrigamento.

Em outro importante momento do processo psicoterápico, Raquel me disse que sentia que não servia para ser psicóloga que “deveria mudar de profissão, ser faxineira”. Notei o quanto ela se inferiorizava diante de mim, por eu ser psicóloga e, assim, presumi que ela atribuiu a mim uma característica, um traço que ela sentiu que não possuía, revelando a sua sensação de ser castrada.

Raquel também verbalizou, durante a psicoterapia, o seu desejo de ser reconhecida e valorizada por mim, o que entendi e interpretei como a atualização de um protótipo infantil - o desejo de ser reconhecida e amada por sua mãe.

Assim, foi por meio das associações de Raquel e, sobretudo, pela instalação, pelo conteúdo transferido e pela interpretação da transferência, que se fez presente

no processo psicoterápico, que se manifestou à singularidade do funcionamento psíquico da paciente, revelando, desse modo, importantes acontecimentos de sua história sexual infantil.

Portanto, é só a partir da compreensão da atualização dos desejos que o paciente é capaz de dirigir ao terapeuta (ou ao analista) que este tem a oportunidade de exercer a sua função, ou seja, de auxiliar o sujeito a elaborar o seu conflito psíquico.

Referência Bibliográfica

AULAGNIER, Piera .(1984). *O aprendiz de historiador e o mestre-feiticeiro: do discurso identificante ao discurso delirante*. São Paulo: Escuta, 1989.

_____. (1986). *Um intérprete em busca de sentido-1*. São Paulo: Escuta, 1990.

_____. (1990). O Tempo da Interpretação. In *Psicanálise e Universidade*, n° 4, 1996.

BARROS, Elias Mallet da Rocha (1991). *O conceito de Transferência: uma síntese do ponto de vista kleiniano*. In: Slavutsky, Abrão (Org) (1991). *Transferências*. São Paulo: Escuta, 1991.

BIRMAN, Joel (1982). Repensando Freud e a Constituição da Clínica Psicanalítica. *Revista Tempo Brasileiro*. Rio de Janeiro, junho/setembro, nº 70, 1982.
BIRMAN, J., NICEAS, C. A. (1984). Constituição do campo transferencial e o *lugar da interpretação psicanalítica*. Um estudo sobre o pensamento de Freud. *Revista Teoria da Prática Psicanalítica*. Rio de Janeiro, Campus, nº. 1, 1984.

_____. (1992). *Ensaio sobre o estilo em Psicanálise*. In Katz, Chaim, S. A Histeria – O Caso Dora. Rio de Janeiro: Imago.

BREUER, Josef & FREUD, Sigmund (1893). Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar. *ESB*, Vol. II, 1996.

_____. (1895). *Estudos sobre Histeria*. *Standard Brasileira das Obras completas de Sigmund Freud*, Imago Vol. II, 1996.

FERENCZI, Sandor. (1909). *Transferência e Introjeção*. *Psicanálise I – Obras Completas*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

_____. (1912). *Sugestão e Psicanálise*. *Psicanálise I – Obras Completas*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

FERREIRA, Aurélio B. De Holanda (1985). *Dicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1985.

FREUD, Sigmund. (1895 a). *Psicoterapia da Histeria*. *Standard Brasileira das Obras completas de Sigmund Freud*, Imago, Vol.II, 1996.

_____. (1895 b). *Projeto para uma Psicologia Científica*. *ESB*, Vol. I, 1996.

_____. (1895 c). *Obsessões e Fobias*. *ESB*, Vol. III, 1996.

_____. (1900). *A Interpretação dos Sonhos*. *ESB*, Vol. IV, 1996.

_____. (1904) *Sobre a Psicoterapia*. *ESB*, Vol. VII, 1996.

_____. (1905 a). *Fragments de análise de um caso de Histeria*. *ESB*, Vol. VII, 1996.

_____. (1905 b) Três Ensaio sobre a teoria da sexualidade. ESB, Vol. VII, 1996.

_____. (1910 a) As Perspectivas Futuras da Terapêutica Psicanalítica. ESB, Vol. XI, 1996.

_____. (1910 b). *Cinco Lições de Psicanálise*. ESB, Vol. XI, 1996.

_____. (1912 a). *A Dinâmica da Transferência*. ESB, Vol. XII, 1996.

_____. (1912 b). *Recomendações aos Médicos que Exercem a Psicanálise*.

_____. (1913) *Totem e Tabu*. ESB, Vol. XIII, 1996.

_____. (1914 a). *A História do Movimento Psicanalítico*. ESB, Vol XIV, 1996.

_____. (1914 b). *Recordar, Repetir e Elaborar*. ESB, Vol. XII, 1996.

_____. (1915). *Observações sobre o Amor Transferencial*. ESB, Vol. XII, 1996.

_____. (1916-1917 a). *Conferências Introdutórias sobre Psicanálise*. Conferência XVIII – Terapia Analítica, ESB, Vol. XVI, 1996.

_____. (1916-1917 b). *Conferências Introdutórias sobre Psicanálise*. Conferência XXVIII – Transferência. ESB, Vol. XVI, 1996.

_____. (1919 a). *Caminhos da terapia psicanalítica*. In: *Jornal de Psicanálise*, São Paulo, 32 (58/9), 419-426 pp, nov/99. Trad. de Paulo César Lima Souza.

_____. (1919 b). *Linhas de Progresso na terapia psicanalítica*. ESB, Vol. XVII, 1996.

_____. (1920) *Além do Princípio do Prazer*. ESB, Vol. XVIII, 1996.

_____. (1921). *Psicologia de grupo e a análise do ego*. ESB, Vol. XVIII, 1996.

_____. (1922). Dois verbetes de enciclopédia. ESB, Vol. XVIII, 1996.

_____. (1923). *O ego e o Id*. ESB, Vol. XIX, 1996.

_____. (1925) *Um Estudo Auto-Biográfico*. ESB, Vol. XX, 1996.

_____. (1926). *A Questão da Análise Leiga*. ESB, Vol. XX, 1996.
Psicanálise. ESB, Vol. XII, 1996.

_____. (1937 a). *Construção em Psicanálise*. ESB, Vol. XXIII, 1996.

_____. (1937 b). *Análise Terminável e Interminável*. ESB, Vol. XXIII, 1996.

_____. (1938). *Esboços de Psicanálise*. ESB, Vol. XXIII, 1996.

GAY, Peter (1989). *Freud – Uma vida para o nosso tempo*. São Paulo: Cia das Letras, 1989.

HANNS, Luiz. (1996). *Dicionário comentado do alemão de Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

HERMANN, Fabio (2001) *Ler Freud, escrever com Freud*. In *Psicanálise e Universidade*, n° 14, 2001.

KAUFMANN, Pierre (Org) (1993). *Dicionário Enciclopédico de psicanálise - o legado de Freud a Lacan*. Rio de Janeiro: Zahar, 1996.

JONES, Ernest (1989). *A vida e a obra de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1989, vol. I.

_____. (1989). *A vida e a obra de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1989, vol. II.

_____. (1989). *A vida e a obra de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1989, vol. III.

LAGACHE, Daniel.(1980) *A transferência*. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

LAPLANCHE, Jean & PONTALIS (1967). *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

MASSON, Jeffrey, M. *A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess – 1887-1904*. Rio de Janeiro: Imago, 1986.

MEZAN, Renato (1991) *A transferência em Freud: apontamentos para um debate* In: Slavutsky, Abrão (Org) (1991). *Transferências*. São Paulo: Escuta, 1991.

_____.(1998). *Freud: A Trama dos conceitos*. São Paulo: Perspectiva, 4ª ed., 1998.

NALI, Maria Cristiane. (2002). *Um Estudo da Particularidade da Transferência no Consultório Tornado Público*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. PUC – SP, 2002.

OLIVÉ, Carlos (1991). *A Transferência: um conceito fundamental*. In: Slavutzky, Abrão (Org.). *Transferências*. São Paulo: Escuta, 1991.SAFOUAN, Moustapha (1921) *A Transferência e o Desejo do Analista*. Campinas: Papyrus, 1991.

SAFRA, Gilberto (1993). *O uso de material clínico na pesquisa psicanalítica*. In: LINO DA SILVA, Maria Emília (coord). *Investigação e psicanálise*. Campinas: Papyrus, 1993.

SILVA, Maria Emília Lino (Coord) (1993). *Investigação e Psicanálise*. Campinas: Papyrus, 1993.

SLAVUTSKY, Abrão (Org) (1991). *Transferências*. São Paulo: Escuta, 1991.

VIOLANTE, M. Lucia (1994). *A Criança Mau-Amada*. Petrópolis: Rio de Janeiro: Vozes, 2ª. Ed., 1995.

_____. (2000). *Pesquisa em Psicanálise*. In: Coelho Junior, N. Et al. *Ciência, Pesquisa, Representação e Realidade em Psicanálise*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2000, p. 109-117.

_____. (2001). *Piera Aulagnier. Uma contribuição à obra de Freud*. São Paulo: Via Lettera Editora, 2001.

_____. (2004). *Ensaio Freudiano em torno da Psicosexualidade*. São Paulo: Via Lettera, 2004.