

MARINA DE BREIA E SZOLNOKY

**ELABORAÇÃO DO CONCEITO DE TRANSFERÊNCIA AO LONGO DA OBRA
FREUDIANA**

Monografia de Conclusão do Curso de Especialização em Psicologia Clínica: Teoria
Psicanalítica

Orientadora: Professora Dra. Julieta Jerusalinsky

COGEAE – PUC SP

2014

RESUMO

ELABORAÇÃO DO CONCEITO DE TRANSFERÊNCIA AO LONGO DA OBRA FREUDIANA

Esta monografia de conclusão do curso de Especialização em Teoria Psicanalítica, a partir de um levantamento bibliográfico, trilhou o caminho percorrido por Freud na elaboração do conceito de transferência. Teve como objetivo responder aos seguintes questionamentos: Qual foi o caminho teórico trilhado por Freud no decorrer da clínica frente à transferência? Como pode ser definido o conceito de transferência nas obras de Freud? A trajetória do pai da psicanálise foi iniciada através do auxílio realizado por ele no atendimento de pacientes histéricas, que apresentavam sintomas físicos sem causas medico/orgânicas, atendidas por Breuer. Tais pacientes forneceram subsídios para as investigações analíticas de Freud e servem de alicerce para inúmeras formulações psicanalíticas ao longo de toda obra freudiana. A contribuição desses casos para a formulação do conceito de transferência não foi diferente. Ao notar a relação estabelecida entre as histéricas e seus médicos, Freud entrou em contato com a transferência pela primeira vez. Ao dar-se conta da importância desse fator como grande influenciador de seu trabalho analítico, dedicou-se a entender os desdobramentos da transferência, assim como suas origens. No decorrer dos anos e do desenvolvimento da psicanálise, Freud notou que a transferência ultrapassaria qualquer expectativa científica, tornando-se a mola fundamental da clínica psicanalítica. A relação entre transferência e reminiscências infantis revelou a Freud a profundidade da ligação entre analista e analisando, evidenciando a importância de um trabalho clínico baseado nesta relação. É através da relação analista-analisando que é possível vencer resistências de maneira profunda, acarretando para o analisando descobertas reveladoras sobre si mesmo, seu funcionamento, suas repetições sintomáticas e relacionais, aproximando-o do alívio de seus sintomas, de um melhor entendimento sobre si e de um melhor funcionamento social, apesar de suas limitações pessoais.

Palavras- chave: TRANSFERÊNCIA, RESISTÊNCIAS, PSICANÁLISE.

SUMARIO

INTRODUÇÃO -----	pág. 05
Capítulo 1: O HIPNOTISMO NA PRÉ-HISTÓRIA DA PSICANÁLISE E A DESCOBERTA DO AMOR DE TRANSFERÊNCIA -----	pág. 07
Capítulo 2: SUPERANDO RESISTÊNCIAS ATRAVÉS DA TRANSFERÊNCIA: O OBJETIVO PRIMORDIAL DA PSICANÁLISE -----	pág. 09
Capítulo 3: OS DISTINTOS TIPOS DE TRANSFERÊNCIA -----	pág. 15
CONCLUSÃO -----	pág. 18
BIBLIOGRAFIA -----	pág. 20

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família, pelo apoio e amor incondicionais. Amo vocês, hoje e sempre.

Aos amigos e colegas, pelo companheirismo e possibilidade de tantas trocas nesta jornada.

Aos professores pela inspiração, admiração e vislumbre de um futuro cada vez mais próximo, despertados todos os dias.

A Profa. Dra. Julieta Jerusalinsky, pela orientação firme, palavras de incentivo e pontuações, sempre na medida certa e de forma imensamente gentil.

Introdução:

Ao longo desta trajetória no curso de Especialização em Teoria Psicanalítica, conhecimentos sobre a psicanálise foram descobertos, aprofundados, elaborados, digeridos. As inevitáveis revelações, seus estranhamentos e prática clínica saltaram aos olhos de todos os presentes em sala no decorrer destes dois intensos anos. Em cada texto e a cada aula era notável o interesse que a psicanálise desperta naqueles que decidem debruçar-se sobre ela e envolver-se em uma difícil tarefa: a de implicar-se.

Ao estudar psicanálise, torna-se impossível não refletir sobre si mesmo e não ser tocado nas profundezas pelos argumentos e descobertas de Freud. A reflexão sobre o que nos torna tão complexos mostra-se inerente ao estudo da psicanálise. Na faculdade de psicologia há um contato direto com ela, mas é apenas ali, estudando profundamente os textos e obras de Freud, estando frente a frente com analisandos e em um processo pessoal de análise que finalmente pode-se compreender que, de fato, psicanálise dá conta de tudo o que é humano.

Tal magnitude acontece através de inúmeros fatores e, para profissionais clínicos dedicados a ela, apoia-se em um tripé: fundamentação teórica, análise pessoal e supervisão. Cada perna desse tripé tem um elemento em comum com o atendimento clínico: a relação transferencial. Nela, estão presentes sentimentos infantis que são projetados no analista pelo analisando e a reação do analista frente a esse investimento. Mostra-se como uma influência decisiva e dita todos os acontecimentos seguintes: a direção do tratamento, os desdobramentos afetivos e as possibilidades de acesso aos conteúdos mais profundos dos analisandos. O presente trabalho se propõe a explorar, na obra freudiana, a parcela que diz respeito ao investimento analisando - analista, deixando para estudos posteriores a resposta destes investimentos (a contra- transferência ou, o que Lacan situa como resistências do analista).

[...] Essa luta entre médico e analisando, entre intelecto e vida instintual pulsional [...] desenrola-se quase que exclusivamente nos fenômenos de transferência. [...] É inegável que o controle dos fenômenos da transferência oferece as maiores dificuldades ao psicanalista, mas não se deve esquecer que justamente eles nos prestam o inestimável serviço de tornar atuais e manifestos os impulsos amorosos e esquecidos dos analisandos [...] (FREUD, 2010, pág. 146).

A definição do conceito de transferência mostrou-se como um desafio, não apenas para Freud que o retoma e o lapida no decorrer de toda sua obra, mas também para autores pós-freudianos. Grande parte dessa dificuldade se dá pelo fato de que a transferência encontra-se presente em todas as relações humanas e engloba os mais diferentes aspectos afetivos relacionais, isto é, todo e qualquer sentimento positivo ou negativo que um ser humano pode sentir por outro ser humano. Essa grandiosidade de possibilidades e facetas presentes na transferência dificulta sua definição exata.

A transferência se repete em todos os laços afetivos humanos, sejam estes entre professor-aluno, patrão-empregado, médico-doente, analista-analisando, etc. Na clínica psicanalítica este vínculo transferencial é vital para o desenvolvimento do trabalho clínico, já que é na relação transferencial analítica que o trabalho clínico se calca e se desenvolve. O presente trabalho busca mapear e relacionar as definições de transferência nas obras de Freud, incitando discussões acerca do tema. Levanta as seguintes questões: Qual foi o caminho teórico trilhado por Freud no decorrer da clínica frente à transferência? Como pode ser definido o conceito de transferência nas obras de Freud?

Capítulo 1: O HIPNOTISMO NA PRÉ-HISTÓRIA DA PSICANÁLISE E A DESCOBERTA DO AMOR DE TRANSFERÊNCIA

O desenvolvimento da teoria de Freud e seus impasses na prática clínica andaram lado a lado no decorrer de seu trabalho. Ao considerar o contato com pacientes e suas diferentes dinâmicas, pôde avaliar quais técnicas alcançavam ou não os objetivos da psicanálise, ocasionando reformulações da teoria realizadas no decorrer de suas obras. (Freud, 1914, pág. 194) Em 1914, sobre o método psicanalítico de tratamento de pacientes, Freud retoma as mudanças em sua clínica, afirmando que o foco da clínica psicanalítica foi alterado no decorrer de seu desenvolvimento e experimentações em seus pacientes.

“Na primeira fase, a da catarse de Breuer, o foco era colocado sobre o momento da formação do sintoma. [...] Recordar e ab-reagir [elaborar] com o auxílio do estado hipnótico, eram então as metas a serem alcançadas” (Freud, 1914, pág. 194), isto é, inicialmente o tratamento era desenvolvido a partir da identificação da origem dos sintomas apresentados pelos pacientes, através da técnica da hipnose, introduzida na França por Charcot. Tal tratamento baseava-se na ideia de que, uma vez hipnotizado, o paciente poderia recordar-se de traumas causadores dos sintomas que lhes afligiam.

Esse tratamento auxiliava na dissolução de sintomas a partir de recordações trazidas à tona pelo paciente sob o efeito da hipnose. Acreditava-se então que o hipnotismo auxiliava na diminuição das resistências do paciente, permitindo acesso a conteúdos reprimidos. Segundo Freud, a psicanálise deve ao hipnotismo um melhor entendimento dos esquemas psíquicos e seu funcionamento, visto que auxiliou inicialmente no acesso de conteúdos reprimidos e na transformação de conteúdos inconscientes em conteúdos conscientes. (Freud, 1914, pág. 195, 196). Considera-se parcialmente responsável pelas descobertas relatadas em “*Estudos sobre a Histeria*” e pela teorização em livros dos relatos acerca dos casos de histeria tratados lado a lado com Breuer. Para o autor, as observações tinham como objetivo buscas a origem dos sintomas, estabelecendo distinção entre fatos conscientes e inconscientes:

[...] [*a teoria da catarse*] introduziu um fator dinâmico, supondo que um sintoma surge através do represamento de um afeto e um fator econômico [...] produto da transformação da quantidade de energia que de outra maneira teria sido empregada de alguma outra forma, isto é, como conversão [...] Breuer referiu-se ao nosso método como catártico; explicou-se sua finalidade terapêutica como sendo a de proporcionar que a

cota de afeto utilizada para manter o sintoma [...] fosse dirigida para a trilha normal ao longo da qual pudesse obter descarga (ab-reação). [...] (FREUD, 1996, pág. 28).

Apesar de grande admirador do trabalho de Charcot, Freud aplicava a técnica do hipnotismo de forma própria, incluindo perguntas ao paciente hipnotizado, não apenas fazendo sugestões como previa a técnica francesa. Por meio dessas indagações, pôde acessar conteúdos aos quais não obtinha acesso nos estados de vigília do paciente. Para ele, a inclusão de perguntas não apenas enriquecia as descobertas sobre os pacientes, mas também satisfazia curiosidades médicas, como a busca da origem das manifestações sintomáticas apresentadas pelos pacientes. Além disso, Freud considerava o processo francês de hipnotismo monótono:

“Não somente esse método pareceu mais eficaz do que meras ordens ou proibições sugestivas, como também satisfazia a curiosidade do médico, que, afinal de contas, tinha o direito de aprender algo sobre a origem da manifestação que ele vinha lutando para eliminar pelo processo monótono da sugestão” (FREUD, 1996d, pág. 26).

Segundo Freud, mesmo as mais notáveis e significativas superações de sintomas através da hipnose poderiam ser abaladas caso a relação pessoal entre ele e suas pacientes tivesse seu caráter alterado por alguma razão externa ao tratamento. Assim, questionou se a eficácia da hipnose se dava por conta da técnica em si ou se a presença do médico influenciava consideravelmente no tratamento e em seus resultados. Atento à eficácia da hipnose isolada da presença do médico, notou que, de fato, a influência do médico que hipnotiza era maior e mais eficaz do que a própria hipnose:

[...] a relação emocional pessoal entre médico e paciente era, afinal de contas, mais forte do que todo o processo catártico, e foi precisamente esse fator que escapava a todos os esforços de controle. Certa ocasião, [a paciente] ao despertar, lançou os braços em torno de meu pescoço. [...] A partir daquela ocasião houve um entendimento tácito de que o tratamento hipnótico devia ser interrompido. [...] e senti então que havia apreendido a natureza do misterioso elemento que se achava em ação por trás do hipnotismo. A fim de excluí-lo, ou de qualquer maneira isolá-lo, foi necessário abandonar o hipnotismo (FREUD, 1996d, pág. 33).

Além desses fatores, mesmo considerando a hipnose como um meio de “superar o próprio desamparo” (FREUD, 1996d, pag. 24) ao oferecer tratamento para pacientes cujos sintomas não poderiam ser explicados de forma médica/orgânica, Freud deparou-se com percalços. Para ele, a dificuldade de hipnotizar certos

pacientes evidenciava uma fragilidade da técnica, ao passo que mesmo os pacientes hipnotizados não entravam em um nível hipnótico tão profundo quanto se gostaria. Tais problemas, somados com as experiências relacionais de Freud com seus pacientes e a evidente influência do mesmo sob o tratamento, o forçaram a buscar novas técnicas. Freud relutou em abandonar o hipnotismo, já que tal método havia fornecido, até aquele momento, fundamentais descobertas ao método catártico, mostrando-se de difícil substituição.

Recordou-se de situações vivenciadas ao lado de seu colega Bernheim nas quais os pacientes, após saírem do estado hipnótico sem lembranças acerca do que haviam relatado sob o estado de hipnose, lembravam-se rapidamente destes conteúdos uma vez que o analista colocava-lhe a mão em suas testas – tocados fisicamente pelo analista, os pacientes recordavam-se em detalhes dos conteúdos relatados. Freud verificou se tal fenômeno ocorria também com seus pacientes, utilizando não apenas o toque na testa como estímulo para que os pacientes recordassem, mas também encorajamentos verbais. Munido desta técnica promissora e frustrado com os resultados erráticos do hipnotismo, passou a investir nas novas descobertas.

CAPÍTULO 2

SUPERANDO RESISTÊNCIAS ATRAVÉS DA TRANSFERÊNCIA: O OBJETIVO PRIMORDIAL DA PSICANÁLISE

Após o abandono permanente do hipnotismo, Freud dedicou-se à análise do que o autor chamou de “pensamentos espontâneos”, buscando nestes as resistências, isto é, buscando forças contrárias aos esforços de desvelar conteúdos angustiantes que agem como adversário à possibilidade de contato com conteúdos causadores de sintomas. Para a psicanálise, “os sintomas têm um sentido e se relacionam com as experiências do paciente” (FREUD, 1996, pág. 21) Assim, o grande desafio encarado por essa técnica consistia em contornar as resistências dos pacientes, interpretando-as e comunicando-as aos mesmos em busca da elaboração dos conteúdos angustiantes relacionados ao sintoma, a fim de eliminá-los. O foco era mantido na busca da origem do sintoma a partir da regra fundamental da psicanálise: orientar o paciente a dizer tudo o que lhe viesse à cabeça, buscando superar a autocrítica. Essa orientação permitia o acesso mais direto aos conteúdos inconscientes, assim como a elaboração destes conteúdos pelo paciente com o auxílio do analista.

Dificuldades surgiram, visto que o esforço dispendido pelos pacientes em busca da superação da autocritica acabava por consumir também a energia psíquica que poderia ser utilizada na elaboração dos sintomas, impedindo avanços significativos no tratamento. O foco alterou-se então para a superação das resistências através de sua interpretação e conscientização do paciente acerca de suas resistências (Freud, 2010, pág. 194-195).

Por fim, se formou a técnica coerente de agora [1914], na qual o médico renuncia a destacar um fator ou problema determinado e se contenta em estudar a superfície psíquica apresentada pelo paciente, utilizando a arte da interpretação essencialmente para reconhecer as resistências que nela surgem e torná-las conscientes para o doente (FREUD, 2010, pág. 195).

Portanto, em relatos de situações aparentemente cotidianas ou que fogem dos conteúdos causadores dos sintomas, a técnica psicanalítica prevalece por consistir, neste momento da teoria psicanalítica, na escuta do discurso do paciente de forma que os conteúdos reprimidos, intrinsecamente ligados ao que é relatado por ele possam ser revelados através a interpretação do analista possibilitando a elaboração por parte do paciente.

Segundo Freud, há uma parcela de personalidade que não apenas é consciente, mas também se mantém em contato com o mundo externo do sujeito e se influencia por este. Outra parcela dos impulsos relacionais não tem contato com os da realidade externa e mostra-se retida no inconsciente, sem obter contato direto com a personalidade e lhe é desconhecida. Uma vez não alcançadas as expectativas libidinais, a libido, isto é, quando o investimento da energia afetiva em relação ao objeto não é bem recebido ou não recebe resposta, volta para o sujeito à espera de um novo receptor afetivo (FREUD, 2010, pág. 135).

Assim, essa energia armazenada pelo analisando é reinvestida no analista, já passa a ser considerado como um dos receptores deste investimento por estar envolvido com ele em uma relação analítica. “É perfeitamente normal e compreensível, portanto, que o investimento libidinal de uma pessoa em parte insatisfeita, mantido esperançosamente em prontidão, também se volte para a pessoa do médico” (FREUD, 2010, pág. 136).

Deve-se levar em conta o fato de que a compreensão e observação do analista sobre dos sintomas do paciente e suas raízes não é a mesma do que a dele mesmo. Esse fator está ligado não somente aos conteúdos sobre os quais o analisando não

tem consciência, mas principalmente às resistências que o protegem do contato com os mesmos, por serem dolorosos ou insuportáveis. Para que a defesa contra o contato com conteúdos dolorosos possa ser eficaz, necessita de enorme quantidade de energia psíquica, resultando em seu monopólio. Sem energia psíquica suficiente, surgem limitações nas possibilidades de perceber-se de forma clara.

Propõe que o analista deve auxiliar o analisando a recordar momentos de sua vida em busca de localizar angústias reprimidas, podendo assim trazê-las para a consciência. Tais angústias reprimidas são, segundo Freud, protegidas por mecanismos de resistência. Portanto, a possibilidade de trazer para a consciência conteúdos inconscientes a fim de eliminar a raiz do sintoma só é possível uma vez eliminada a resistência. Para tal eliminação, mostra-se necessário contar com a inteligência e com o desejo de curar-se do analisando, tendo assim como aliado o ego não só como mediador deste diálogo consciente x inconsciente, mas também como intérprete das intervenções e orientações advindas do analista (FREUD, 1996a, pág. 439).

Freud refuta críticas baseadas em rumores acerca da possibilidade de aconselhamento e direcionamento da vida do analisando a partir do tratamento analítico. Para tanto, evidencia que o analista busca, na medida do possível, evitar exercer influências diretivas ao analisando, visto que a análise busca fornecer subsídios para que o analisando alcance suas decisões por si mesmo. Afirma que no decorrer da análise, o analista deverá emitir pareceres livres de preconceito para que o analisando formule e fortaleça os próprios julgamentos acerca de suas posturas sociais e pessoais, independente do considerado de forma pessoal pelo analista ou dos padrões de moralidade vigentes na sociedade:

Habitamo-los [os pacientes] a emitir pareceres isentos de preconceitos, tanto sobre assuntos sexuais como sobre outros assuntos; e se, havendo-se tornado independente após completado o tratamento, os analisandos, mediante seu próprio julgamento, decidem por alguma posição intermediária entre viver uma vida livre e uma vida de absoluto ascetismo, sentimos nossa consciência tranquila, seja qual for sua escolha. (FREUD, 1996a, pág. 436)

Freud em sua conferência XXVII (1915-1916) elabora o conceito de transferência através de um levantamento inicial acerca da importância das experiências do início da infância dos analisandos, assinalando que por mais traumáticas e marcantes que essas possam ter sido, não há possibilidade de anulá-las

ou desconsiderá-las, mesmo em um intenso processo psicanalítico clínico. Tais experiências, segundo o autor, funcionam como um pré-estabelecimento de padrões relacionais que irão se repetir no contexto psicanalítico clínico. Para ele, mesmo que a psicanálise clínica limite-se a ampliar barreiras impostas por privações éticas e sociais, a decisão acerca de como o analisando viverá sua vida pertence única e exclusivamente ao analisando.

Aconselha os analistas clínicos a não comunicar achados aos analisandos, mas sim fornecer-lhe subsídios para que possam entrar em contato com tais conteúdos quando estiverem preparados. Para ele, a postura mais adequada seria a de andar lado a lado com o analisando no caminho das descobertas de seus conteúdos: “Nosso conhecimento do material consciente não é equivalente ao conhecimento dele [do paciente]; se lhe comunicarmos nosso conhecimento, ele não o receberá em lugar de seu material inconsciente, mas ao lado do mesmo.” (FREUD, 1996a, pág. 438). Isto é, para que haja um abrandamento das resistências e uma melhor distribuição de energia psíquica e para que o árduo processo de entendimento acerca das próprias dificuldades e traumas possa ser realizado da melhor forma possível, o analista deve estabelecer com o analisando uma relação de confiança e acompanhá-lo em seu ritmo.

Verifica-se então uma nova espécie de divisão do trabalho: o médico descobre as resistências desconhecidas para o doente; sendo essas dominadas, com frequência o doente relata sem qualquer dificuldade as situações e os nexos esquecidos. Em termos descritivos: preenchimento das lacunas da recordação; em termos dinâmicos: superação das resistências da repressão (FREUD, 2010, pág. 195).

Tendo em vista as resistências, Freud retoma a relação entre amnésia infantil e as lembranças encobridoras - ambas formas de resistência. De acordo com o autor, a união desses conteúdos refere-se a tudo o que diz respeito ao “essencial da vida”, e que, por meio da análise, torna-se possível acessá-las e trabalhá-las com sucesso (Freud, 2010, pág. 196). Relaciona, portanto, as vivências da infância com as características relacionais do adulto ao conduzir seus afetos e amores (FREUD, 2010, pág. 134). Afirma que apesar das relações constituírem-se em repetições das vivências infantis, no decorrer da vida adulta do sujeito podem ocorrer influências também da realidade que o cerca.

[..] a mais poderosa arma da resistência, e podemos concluir que a intensidade e a duração da transferência são efeito e expressão da resistência. O mecanismo da transferência é

explicado se o referirmos à prontidão da libido, que permaneceu de posse de imagos infantis; mas só agora chegamos ao esclarecimento de seu papel na terapia se abordarmos os seus vínculos com a resistência [...] (FREUD, 2010, pág. 141).

Ao dedicar-se à elucidação acerca dos neuróticos histéricos e obsessivos, afirma que existem elementos além dos explorados até o momento em sua obra, relacionados à prática clínica. Afirma que o analisando, dentro do espectro neurótico, passa a dividir sua atenção entre a busca por saídas de sua angústia e um intenso interesse pelo médico: “tudo o que parece ser relacionado ao médico parece ser mais importante para ele, do que seus próprios assuntos, e parece desviá-lo de sua própria doença” (FREUD, 1996a, pág. 441).

Para o autor o adoecimento neurótico provém da introversão da libido, isto é, de um investimento libidinal focado e concentrado na parcela inconsciente do indivíduo. Esse investimento reanima fantasias e imagens infantis, aprisionando o indivíduo em repetições. Assim, a análise psicanalítica tem como objetivo auxiliar o indivíduo a reencontrar a libido internalizada e colocá-la a serviço da realidade. Um intenso conflito é estabelecido: frente a uma frustração, forças que influenciam a libido a recolher-se para o inconsciente. Visto que o trabalho psicanalítico consiste em trazer à luz da consciência conteúdos e conflitos inconscientes, essas mesmas forças levantam-se através da resistência para tentar evitar a emergência dos conteúdos reprimidos. Para Freud, os caminhos indicados pelos complexos patogênicos mostram-se os melhores indicativos rumo às raízes inconscientes da resistência mantenedora da doença no analisando.

[...] as forças que causaram a regressão da libido se levantarão como ‘resistências’ ao trabalho, para conservar esse novo estado de coisas. Pois se a introversão ou regressão da libido não fosse justificada por uma determinada relação com o mundo externo (nos termos mais gerais: pela frustração da satisfação) e não fosse adequada para o momento, não poderia em absoluto efetuar-se [...] (FREUD, 2010, pág. 139).

Porém, observa o autor, tal situação não se sustenta de forma permanente: em certo momento, ocorre um desengajamento do analisando que passa a demonstrar-se desanimado e desinteressado pelo trabalho analítico, desviando-se das intervenções realizadas pelo analista e agindo de forma antagônica ao tratamento. A partir destes elementos, Freud nota a possibilidade de relações transferenciais a serviço da resistência: “comporta-se [o paciente] como se estivesse fora do tratamento e como se não tivesse feito acordo com o médico. Está visivelmente ocupado com algo, mas

pretende mantê-lo consigo próprio [...] estamos nos defrontando com uma formidável resistência.” (FREUD, 1996a, pág. 442)

Segundo Freud, o analista pode entender e presenciar de forma intensa e clara o quão doloroso e difícil pode se mostrar a derrota de cada uma das resistências, visto que o analisando divide-se entre duas forças: uma em busca de manter a libido concentrada na manutenção da resistência e outra a fim de abandoná-la. A primeira dessas forças sustenta-se em representações antigas, enquanto a segunda fortalece-se a partir de novos elementos e hipóteses derivadas da análise. Ainda segundo o autor há uma tendência favorável aos novos conteúdos, já que estes remetem às razões que levaram o analisando à procura pela análise.

Freud afirma, portanto, que o objetivo real da análise psicanalítica é o de auxiliar o paciente a dar-se conta de seus conteúdos inconscientes, trazendo-os à luz da consciência em busca de cessar repressões e libertar conteúdos dolorosos para que possam ser elaborados e resignificados. Tal libertação auxilia na investigação e no acesso às raízes inconscientes dos sintomas, possibilitando sua cura permanente. Ressalta ainda que, caso as repressões não possam ser identificadas e enfraquecidas, nada pode ser feito através do processo analítico clínico. (FREUD, 1996a, pág. 437-438)

Considerando, os fatores citados *a priori*, o autor afirma que o percurso a ser percorrido tanto pelo analisando quanto pelo analista foge do que poderia ser considerado agradável. Freud afirma que o analisando, mesmo não se recordando de conteúdos específicos ou comportamentos realizados por ele na infância, acaba por reproduzi-los naturalmente em consultório tendo como interlocutor o analista:

[...] o paciente não diz que se lembra de haver sido teimoso e rebelde ante a autoridade dos pais, mas se comporta de tal maneira diante do médico. [...] Não se lembra de ter se envergonhado bastante de certas atividades sexuais e ter sentido medo de que fossem descobertas, mas mostra vergonha do tratamento a que se submete agora e procura escondê-lo de todos. (FREUD, 2010, pág. 200)

Essa repetição de comportamentos infantis em *setting* terapêutico configura a transferência: “Logo notamos que a transferência mesma é somente uma parcela de repetição, e que a repetição é a transferência do passado esquecido, [transferência] não é só para o médico, mas para todos os âmbitos da situação presente.” (FREUD, 2010, pág. 201)

Segundo o autor, “a causa da dificuldade [da resistência] é haver o paciente transferido para o médico intensos sentimentos de afeição, que nem se justificam pela conduta do médico nem pela situação que se criou durante o tratamento” (FREUD, 1996a, pág. 442), afirmando que ao se tratar de uma mulher sob o tratamento de uma analista homem, ela poderá desenvolver sentimentos amorosos em relação a ele, especialmente se estiver em situação de um casamento infeliz, propondo para o médico, inclusive, que se separaria de seu marido por ele.

[...] elas [as pacientes], dizem, sempre souberam que podiam curar-se somente através do amor; e, antes que começassem o tratamento, haviam esperado que, através desta relação iriam, afinal, ter assegurado aquilo que até então a vida lhes havia negado; somente com esta esperança é que haviam enfrentado tantos problemas. (FREUD, 1996a, pág. 442)

Evidencia também que no decorrer de seus atendimentos notou a repetição de tal situação em inúmeros casos diferentes, exemplificando com casos em que tal enamoramento aconteceu entre os mais improváveis pares analista-analisando, fato que possibilitou a formulação de que tal fenômeno estaria intrinsecamente vinculado à própria doença do analisando. Notando a alta frequência desses sentimentos, Freud nominou-o como transferência (FREUD, 1996a, pág. 443). Levanta a hipótese que de tais sentimentos, aparentemente injustificados, teriam uma raiz anterior à relação estabelecida com o analista: [...] suspeitamos que toda a presteza com que esses sentimentos se manifestam deriva de algum outro lugar [...] que são transferidos para o médico [...] Mas, no fundo, é sempre a mesma [fonte], [...] (FREUD, 1996a, pág. 443).

CAPÍTULO 3: OS DISTINTOS TIPOS DE TRANSFERÊNCIA:

Observa ainda que não há distinção desses afetos no que diz respeito a analisandos do sexo feminino ou masculino: a dinâmica mantém-se a mesma. Nas relações entre homens e analistas do sexo masculino essa transferência acontece de forma mais sublimada, isto é, sem investimento homossexual sexual direto. A transferência negativa, segundo o autor, é mais comum em analisandos homens em relação a um analista homem que pode despertar mais comumente sentimentos hostis. (FREUD, 1996a, pág. 444)

Segundo o autor, a neurose se trata de um conflito entre duas forças, “uma tendência sensual e uma tendência ascética” (devota), e que, caso o analista forneça uma solução para tal conflito, tudo o que pode se esperar é um deslocamento de

sintomas, visto que haverá sempre uma das partes conflituosas insatisfeita - o analisando deverá tomar uma decisão sozinho, sem a permissão de seu analista. Para ele, o conflito neurótico não deve ser menosprezado, visto que passa ao largo de um conflito simplório entre “dois impulsos mentais em pé de igualdade” (Freud, 1996a, pág. 435). Trata-se de dois distintos poderes: “um deles tendo irrompido até o estágio do que é pré-consciente ou consciente e outro que foi mantido reprimido no estágio inconsciente.” Afirma, ainda, que “uma verdadeira decisão só pode ser obtida quando ambos se encontrarem no mesmo chão. Penso que a única tarefa de nossa terapia consiste em tornar isso possível” (Freud, 1996a, pág. 435). Uma vez em mesmo solo, o neurótico pode, por fim, solucionar seus conflitos sem deslocamento de sintomas.

Enfatiza que a transferência se estabelece desde o início do tratamento analítico, podendo agir a favor ou contra a análise, servindo como o principal veículo rumo ao sucesso ou ao fracasso da análise. Se estabelecida como resistência, pode servir como empecilho e desafio para o analista e ocorrer de duas formas (FREUD, 1996a, pág.444). Segundo o autor, não é possível concluir as razões pelas quais a transferência age a favor da resistência se não a dividirmos em duas categorias: Transferência positiva e transferência negativa:

São considerados como transferência positiva sentimentos de valorização e reconhecimento pela pessoa do médico, através da projeção de sentimentos ternos, eróticos e amigáveis provenientes de imagens infantis aos quais o analista lhe remete. Para o autor, os impulsos não sexuais “desenvolveram-se por um enfraquecimento da meta sexual, a partir de anseios puramente sexuais, por mais puros e não sensuais que se apresentem à nossa autopercepção consciente” (FREUD, 2010, pág. 142). Conclui, portanto, que a transferência mostra-se como resistência tanto na transferência erótica quanto na transferência negativa. O afeto amoroso do analisando intensifica-se de tal maneira que passa a buscar uma finalidade sexual real, entrando em conflito direto com a resistência, e voltando-se contra si mesma em forte oposição interna, tirando o foco do analisando de sua angústia e razões para a busca pelo tratamento analítico.

Acerca da transferência positiva, segundo Freud, a relação analista-analisando torna-se agradável e configura-se dessa forma através de comportamentos advindos do analisando, que passa a buscar méritos e aprovação do analista. O analista, por sua vez, sente-se grato pela oportunidade de tratar alguém de tanto valor e que se esforça para obter êxito no tratamento. Ao entrar em contato com a família do

analisando, o analista percebe que o sentimento agradável que sente pelo analisando é também sentido pelo mesmo, talvez com ainda maior intensidade. O tratamento progride de forma satisfatória: o analista faz intervenções pertinentes que são bem entendidas e recebidas pelo analisando. De acordo com Freud: “o material mnêmico e as associações inundam-no em quantidade, a justeza e adequação de suas interpretações são uma surpresa para o médico, e este só pode observar com satisfação que este é um analisando que aceita, de pronto, para todas as inovações psicológicas” (1996a, pág. 441).

Uma vez estabelecida uma relação transferencial positiva entre analista e analisado, o processo de superação das resistências pode ser realizado de forma profunda, permitindo acesso a conteúdos inconscientes de forma semelhante ao obtido através da hipnose, visto que o método da hipnose apresentava seus melhores resultados quando as resistências eram superadas completamente, dando lugar a representações brutas de conteúdos inconscientes. O resultado, portanto, de uma transferência positiva em relação ao analista é o início do desaparecimento dos sintomas apresentados pelo analisando.

Já a transferência negativa é composta por impulsos e sentimentos hostis: para o autor, esses sentimentos são inicialmente encobertos por sentimentos positivos. Essa simultaneidade é denominada por Freud como ambivalência. Podem ser denominados como transferência por não se originarem da relação com o analista: sua origem é anterior à relação analista-analisando. Encontra-se ao lado da transferência positiva “nas formas curáveis de psiconeuroses” (FREUD, 2010, pág. 144) de forma simultânea, configurando uma dinâmica ambivalente de sentimentos e, segundo o autor, esse processo ambivalente mostra-se como o que melhor explica a relação dos neuróticos com o analista. Afirma ainda que: “quando a capacidade de transferência torna-se essencialmente negativa, como nos paranoicos, acaba a possibilidade de influência e cura” (FREUD, 2010, pág. 144).

Ao ser estabelecida uma transferência negativa ou hostil, segundo Freud, as recordações do analisando podem cessar, dando lugar à atuação, isto é, “[uma vez que o] analisando não recorda absolutamente o que foi esquecido e reprimido, o atua. [...] ele não reproduz como lembrança, mas como ato, ele o repete, naturalmente sem saber o que faz” (FREUD, 2010, pág. 199). A atuação, assim como a transferência negativa, apresenta-se como resistência.

Quanto à possibilidade de superação de tais sentimentos (tanto os positivos quanto os negativos), Freud afirma que se deve, em atendimento, evidenciar para o analisando que tais sentimentos não têm como origem a relação direta com a pessoa do analista, mas originam-se de relações anteriores que agora são repetidas em análise. Uma vez evidenciada tal origem, propicia-se para o analisando a possibilidade de evocação de lembranças originárias dos sentimentos transferidos, servindo de rico instrumento para o avanço da análise. Relaciona, portanto, as vivências da infância com as características relacionais do adulto ao conduzir seus afetos e amores (FREUD, 2010, pág. 134). Afirma que apesar das relações constituírem-se em repetições das vivências infantis, no decorrer da vida adulta do sujeito podem ocorrer influências também da realidade que o cerca.

CONCLUSÃO

Podemos concluir, portanto, que a trajetória de Freud até a formulação definitiva da transferência se deu de forma orgânica, através da escuta analítica de pacientes que desde o início dos trabalhos clínicos ofereceram discursos carregados de afeto. Em sua genialidade científica juntamente com enorme sensibilidade, o pai da psicanálise deixou-se ser permeado pelos investimentos libidinais de seus pacientes, refletindo sobre os possíveis desdobramentos desses sentimentos na formulação de uma clínica psicanalítica sólida.

Evidenciou que através do vínculo transferencial e da neurose de transferência, um melhor entendimento e intervenções mais assertivas no tratamento dos sintomas podem acontecer de forma natural, visto que manifestações dos sintomas patogênicos ocorrerem *in loco*, facilitando o acesso direto aos conteúdos inconscientes causadores sofrimento do analisando. “Das reações de repetição que surgem na transferência, os caminhos já conhecidos leva, ao despertar das recordações, que após a superação das resistências, se apresentam sem dificuldade” (Freud, 2010, pág. 207). Podemos pensar, portanto, que a transferência possui a função de mola fundamental na superação das resistências do analisando visto que opera como via de acesso aos conteúdos inconscientes de forma bruta, permitindo o trabalho e a elaboração de forma mais significativa e profunda.

Freud afirma que a transferência, apesar de ser considerada o recurso mais precioso rumo à cura do analisando, pode ser reconhecida como resistência no momento em que o analisando, instruído a falar livremente e sem censuras, cessa suas associações que se interrompem sem razão aparente. Para ele, neste momento

de silêncio não associativo, sentimentos em relação ao analista são evocados. Uma vez pontuada verbalmente pelo analista a possibilidade do processo ter sido interrompido por uma resistência de difícil superação, o analisando, implicado em seu processo, irá buscar dentro de si os possíveis bloqueadores tendo o auxílio do analista para interpretar suas associações rumo à superação das resistências.

Considerando a profundidade da ligação estabelecida entre analista e analisando, assim como seu delicado equilíbrio, mostra-se de suma importância enfatizar no presente trabalho a importância da realização de um processo analítico por parte do analista para que suas questões, traumas e dificuldades não sejam projetados no analisando como resposta aos investimentos transferenciais do deste. É apenas através de um o processo analítico pessoal que o analista poderá libertar-se de narcisismos contra-transferenciais, protegendo o paciente de seus conteúdos, permitindo que a ligação entre analista e analisando aconteça através apenas dos conteúdos do paciente a serem trabalhos, sem a interferência dos conteúdos do analista.

A partir do desenvolvimento do conceito de transferência trilhado na presente pesquisa, Lacan aprofundará a questão da resistência convocando o analista como protagonista, visto que considera todo tipo de transferência clínica como resistência do analista, opondo-se desse modo ao conceito de contra-transferência. A possibilidade de avançar nesta direção permanece como um percurso a trilhar futuramente.

Por ora a pesquisa buscou trilhar o caminho freudiano que leva a consideração de que a transferência configura-se como mola propulsora do trabalho de análise, comportando inevitavelmente a resistência. Esta, por sua vez, é de imprescindível superação em cada tratamento analítico para que possa dar lugar à elaboração do sintoma. Afinal, como afirma Freud, não há como travar uma luta sem ausência: é no próprio movimento transferência-resistência que se trilha o trabalho de uma análise.

BIBLIOGRAFIA:

FREUD, Sigmund (1901-1905) *Um Caso de Histeria, Três Ensaio Sobre a Sexualidade e Outros Trabalhos*, Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. vol VII.4ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____ (1915-1916) *Conferências Introdutórias Sobre Psicanálise parte III*, Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1996a.

_____ (1917-1920) *História de uma Neurose Infantil "O homem dos lobos", Além do Princípio do prazer e outros textos*. São Paulo, 2010.

_____ (1912-1914) *A dinâmica da transferência* in O Caso Schreber, Artigos Sobre Técnicas e Outros Textos, Sigmund Freud: São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____ (1912-1914) *Recordar, Repetir e Elaborar* in O Caso Schreber, Artigos Sobre Técnicas e Outros Textos, Sigmund Freud: São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____ (1912-1914) *Observações sobre o amor de transferência* in O Caso Schreber, Artigos Sobre Técnicas e Outros Textos, Sigmund Freud: São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____ (1914-1916) *Introdução ao Narcisismo, Ensaio de Metapsicologia e Outros Textos*, Sigmund Freud: Obras Completas. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

_____ (1893-1895) *Estudos Sobre a Histeria*, Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. vol II. Rio de Janeiro: Imago, 1996b.

_____ (1923-1925) *O Ego e o Id e Outros Trabalhos*, Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. vol II. Rio de Janeiro: Imago, 1996c.

_____ (1925-1926) *Um Estudo autobiográfico, Inibições Sintomas e Ansiedade, Análise Leiga e outros trabalho*, Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. vol XX. Rio de Janeiro: Imago, 1996d.