

“A DINÂMICA DA TRANSFERÊNCIA”¹

uma leitura

Antonia Claudete A. L. Prado

Apresentação no Seminário Clínico do Clin-a

Em 23.05.2014

Neste artigo, Freud busca encontrar respostas a duas principais questões sobre a transferência: a) a sua necessária incidência no trabalho psicanalítico e, b) de que maneira ela ali funciona. Tais questões me instigam a querer saber o que teria levado, neste momento do seu percurso, a investigar sobre este tema. Presumo então que a resposta só poderia estar no seu próprio percurso, e inicio introduzindo uma contextualização sucinta² do artigo na trajetória freudiana. Em uma breve análise das suas produções, sem desconsiderar a indiscutível contribuição das demais, quatro trabalhos me parecem ser de importância primordial no caminho de Freud rumo à “Dinâmica da transferência”: a) “Estudos sobre a histeria” (1893-1895), b) “Hereditariedade e a etiologia das neuroses”³ (1896), c) “Um caso de histeria [Dora] e três ensaios sobre sexualidade [1901-1905], d) Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia [o caso Schreber]” (1911). Nesses trabalhos desenvolvidos por Freud durante os dezoito anos iniciais de sua carreira, a transferência sempre se fez notavelmente presente nos casos clínicos, acompanhados ou atendidos e, penso que a análise da narrativa do Caso Schreber (publicada imediatamente anterior ao trabalho sobre “A dinâmica da transferência”) foi, naquele momento, o fator decisivo que propiciou a iniciativa.

I. UM RECORTE HISTÓRICO

No início da década de 1880, recém-formado em medicina (foi graduado em 1881), Freud estudava a anatomia do sistema nervoso em Viena. Amigo de Breuer, certo dia ouve dele o relato do caso de Anna O., atendida por ele pela utilização do método catártico (de 1880 a 1882), e fica extremamente impressionado.

O caso permaneceu de tal forma em seus pensamentos, que três anos depois Freud já estava em Paris mergulhado nos estudos sobre a histeria e a hipnose, na recém-inaugurada cadeira “Clínica das Doenças Nervosas” da Salpêtrière, sob a orientação de Jean Martin Charcot⁴. O trabalho clínico de Freud com Charcot era, em sua maior parte, voltado à histeria cuja demanda

¹ FREUD, S. (1912) “A dinâmica da transferência”. In *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, Vol. XII, pp. 133-143.

² Esta análise deverá ser, posteriormente, objeto de pesquisa mais detalhada.

³ Foi neste texto que a palavra ‘Psicanálise’ aparece escrita pela primeira vez na obra de Freud.

⁴ Médico e cientista francês (1825-1893), professor da Salpêtrière inaugurou ali, em 1862 a cátedra “Clínica das Doenças do Sistema Nervoso”. Em 1881 fundou a “Clínica Neurológica do Hospital da Salpêtrière”, primeira clínica europeia de neurologia, por ele dirigida até o final da sua vida.

de pacientes era bem maior⁵. Certo dia, Freud relata a Charcot o caso de Anna O., mas, ele não mostra grande interesse, e Freud decide não comentá-lo mais, porém, o caso permanece em sua cabeça.⁶

Em 1886 Freud retorna para Viena e instala ali a sua própria clínica onde passa atender, predominantemente, pacientes com sintomatologia histérica aplicando-lhes os métodos recomendados na época, entre outros: hidroterapia, eletroterapia⁷, massagens, *rest cure*⁸.

Já nessas primeiras experiências, Freud observava que, em quaisquer dos métodos utilizados, o que propiciava consideráveis efeitos tranquilizadores ao paciente era a presença do analista principalmente por inspirar segurança, competência, conhecimento.

Entretanto, esses métodos não produziam resultados expressivos conforme as confidências a Fliess, na Carta nº 2 de 28-12-1887: “Nessas últimas semanas, atirei-me à hipnose e logrei toda espécie de sucessos pequeninos”. Isso levará Freud, mais tarde, a voltar-se para o método catártico: “desde o início vali-me da hipnose de outra maneira”. [...] Essa “outra maneira foi o método catártico”⁹ desenvolvido por Breuer, ou seja, sem fazer uso da sugestão hipnótica.

II. MÉTODOS INAUGURAIIS E RESISTÊNCIA AO TRATAMENTO

Catarse

Na utilização do método catártico, Freud nota que o paciente apresenta resistência à associação livre, que há uma força psíquica que afasta a representação patogênica contra a qual nenhuma insistência do analista resulta em êxito, tais como: “é claro que você sabe”, “diga-me assim mesmo”, “você vai se lembrar”... Nada disso vence a resistência.

Hipnose¹⁰

Freud recorre à hipnose supondo que, por favorecer a memória ao promover a concentração, reduziria a resistência. Mas este procedimento também não se mostra eficaz, pois, além de não contribuir para o fim esperado, nem todos se prestavam a isso.

⁵ Freud, S. (1893-1895). “Estudos sobre a histeria – Breuer e Freud”. In *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. II). Rio de Janeiro: Imago. 1969, Vol. II, pp. 41-297.

⁶ Informações obtidas na biografia feita por Ernest Jones, retirado de “Um estudo autobiográfico”, 1925. Cap. II.

⁷ Técnica desenvolvida na Universidade de Leipzig, pelo neurologista alemão da Baviera, Wilhelm Heinrich Erb (1840-1921). Teve como discípulos a Paul Julius Möbius (1853–1907) y a Emil Kraepelin (1856–1926).

⁸ Cura pelo repouso, do neurologista e romancista norteamericano Sillas Weir Mitchel (1829-1914), que descreveu o que chamou de *fantasmas sensoriais* (membros fantasmas) como resultado de experiências no tratamento de soldados feridos nos campos de batalha da Guerra Civil americana (1861-1865).

⁹ FREUD, S. (1912) “Estudos sobre a histeria”. In *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, Vol. XII, p. 19.

¹⁰ Técnica inaugurada como “hipnose científica pelo médico britânico James Braid (1795-1860) em 1860 (pouco antes de morrer)”, induz o paciente a uma alteração da consciência cunhada por ele como “sono induzido”, sonho artificial.

Técnica da pressão

Trata-se de um artifício técnico utilizado por Freud para contornar a hipnose, um método auxiliar (uma pseudo hipnose). Para induzir o paciente a falar, vencendo assim a “força psíquica” que trabalha em sentido contrário, dizia ao paciente que faria uma pressão na sua testa e, enquanto essa pressão durasse, ele se recordaria. Freud constata que a influência da pessoa do médico faz esta técnica mais eficiente, os pacientes associam bem mais, contudo, isso não torna o trabalho fácil, transforma o paciente em colaborador, mas não é suficiente para eliminar a resistência, e conclui:

“Esse processo é laborioso e exige muito tempo do médico. Pressupõe grande interesse pelos acontecimentos psicológicos, mas também um interesse pessoal pelo paciente” [FREUD. (1893-1895), vol. II, p 261]

Posteriormente (Ibidem, p. 291), Freud volta-se para as perturbações na relação médico-paciente, destacando três tipos de obstáculos que se interpõe ao trabalho:

- a) Desavença pessoal – o paciente se sente negligenciado, desconsiderado, ouve comentários desfavoráveis em relação ao médico ou ao tratamento.
- b) O paciente tem medo de ficar dependente.
- c) Quando o paciente “se assusta ao verificar que está transferindo para a figura do médico as representações aflitivas que emergem do conteúdo da análise”, a transferência para o médico se dá por meio de uma falsa ligação.¹¹

Em resumo, desde o início das suas experiências clínicas, Freud é surpreendido pela influência que a pessoa do analista desempenha no tratamento contribuindo fundamentalmente para a sua eficácia. Por outro lado, encontra uma dificuldade a ser vencida: o paciente resiste em rememorar uma lembrança patógena e, tentando mutilá-la, irá recalá-la interditando o caminho de acesso a ela. Essa lembrança poderá aparecer aos pedaços por uma fenda estreita que os leva à consciência, mas, sem sentido. Um quebra-cabeças que o analista deverá ir montando. Todavia, uma análise iniciada assim, na busca do núcleo patógeno diretamente, ainda que fosse possível esclarecer ao paciente, ele não saberia o que fazer com a explicação, além do que, esta não iria modificá-lo em nada. Então, Freud aconselha a se manter na periferia da estrutura psíquica, pedir ao paciente que fale o que sabe, aquilo de que se lembra, para que possa ir superando as resistências mais leves e ir avançando passo-a-passo com o material que vai aparecendo, desconexo, e que mais tarde irá se juntar a outros que lhe permitirão conferir sentido, pela ligação que o próprio paciente estabelece. “Os progressos são conseguidos, como sabemos, pela superação da resistência” [Ibidem, p 283]...

“Precisamos nos apoderar de um pedaço do fio lógico, pois é apenas através de sua orientação que podemos ter esperança de penetrar no interior.” [Ibidem, p. 284].

¹¹ Freud fala sobre isso, relacionado à compulsão à repetição, no artigo sobre “Psiconeuroses de defesa” (1894).

III. A DINÂMICA DA TRANSFERÊNCIA

“Não se discute que controlar os fenômenos da transferência representa para o psicanalista as maiores dificuldades; mas não se deve esquecer que são precisamente eles que nos prestam o inestimável serviço de tornar imediatos e manifestos os impulsos eróticos ocultos e esquecidos do paciente.” (FREUD, 1912, p. 143).

Freud afirma que cada indivíduo organiza sua vida erótica a partir de dois fatores fundamentais: “disposição inata” e “influências sofridas durante os primeiros anos” (Ibidem, p. 133), sendo eles que determinam as condições que irão orientar sua vida amorosa, a satisfação instintual, o balizamento dos seus objetivos. Esses fatores compõe a matriz que irá determinar o estilo de respostas de cada um, constituem-se em algo como “um clichê estereótipo (ou diversos), constantemente repetidos – constantemente reimpressos no decorrer da vida da pessoa” (Ibidem), mas que é passível de ser modificado, de alguma forma, frente a novas experiências. Freud observa, entretanto, que nem todos os impulsos que ordenam a vida erótica são acessíveis ao campo da consciência; uma parte deles foi totalmente interdita, permanecendo inconsciente, ocorrendo, porém, que alguma parte possa aceder à consciência, revestida em forma de fantasia.

Então, diante de uma intensa necessidade de amar, sem a correspondente satisfação na vida real, a pessoa manterá uma predisposição libidinal que precipitará o surgimento imediato de ideias eróticas dirigidas a cada pessoa que surgir em seu caminho. O envolvimento erótico poderá ser alimentado por componentes libidinais, tanto conscientes como inconscientes. Freud conclui essas elaborações enfatizando que

“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” (Ibidem, p. 134).

A figura do médico poderá levar o paciente a nela identificar “um clichê estereótipo” ligado à “*imago paterna*”¹² e as ideias que já se encontravam antecipadamente presentes estabelecem a ligação entre esses protótipos e a figura do médico. Todavia, a transferência se estabelece não apenas pelas “ideias antecipadas conscientes”, mas também pelas inconscientes.

Nesse ponto das suas investigações, Freud destaca duas questões que lhe pareciam ainda enigmáticas:

1. “por que a transferência é tão mais intensa nos indivíduos neuróticos em análise [do que naqueles que estão fora dela]?”
2. “por que, na análise, a transferência surge como a resistência mais poderosa ao tratamento [enquanto que fora dela contribui para a cura]?” (Ibidem, p. 135)

¹² “*Imago paterna*” é um termo jungiano, citado aqui por Freud.

Em relação à primeira questão, Freud indica ser esta uma crença equivocada, lembrando que os doentes institucionais tratados não analiticamente estabelecem vínculos transferenciais muito intensos, equivalentes à “servidão mental”, inclusive apresentando inquestionável “colorido erótico”. Termina esclarecendo que essa particularidade da transferência é concernente, especificamente, à própria neurose, e não à psicanálise.

Para responder à segunda questão, ele recorre à experiência clínica e dali retira o seguinte: quando as associações são interrompidas elas são retomadas sempre que o paciente recebe a garantia de que isso acontece por ele estar sob a influência de uma associação ligada ao médico ou a algo dele. Acentua a importância de saber “por que a transferência aparece na psicanálise como resistência” (Ibidem, p. 136). Chama a atenção para os aspectos clínicos verificados na neurose, que atestam “uma precondição invariável e indispensável a todo desencadeamento” (Ibidem), resumindo: a parcela mais inconsciente da libido é expressivamente aumentada, ao mesmo tempo em que diminui a parcela acessível à consciência.

Ocorre que a libido regride atualizando as catexias infantis. A análise busca “rastrear a libido para torna-la acessível à consciência e, enfim, útil à realidade” (Ibidem, p. 137). No entanto, a mesma força que promoveu a liberação e a regressão da libido, irá engendrar a resistência à análise, para que o “novo estado de coisas” do indivíduo não seja alterado, pois esse “novo estado de coisas” só foi alcançado por lhe ser conveniente, tendo em vista que o seu vínculo com a realidade se encontra debilitado. Conseqüentemente, isso torna o indivíduo mais vulnerável à atração do mundo inconsciente e suscetível ao apelo da resistência e da manutenção da doença.

A atração pelo mundo interior se apresenta como a causa principal da resistência e da dificuldade em removê-la, mesmo quando é restabelecida a ligação do sujeito com o mundo da realidade exterior.

O trabalho de análise ocorre em um campo de forças, “tem que levar em conta a resistência e representa uma conciliação” necessária entre essas forças que prestam serviço à resistência colocando-a como uma pedra no caminho da investigação analítica. A cada passo desse caminho,

“a resistência se faz sentir tão claramente, que a associação seguinte tem de levá-la em conta e aparecer como uma conciliação entre as suas exigências e as do trabalho de investigação. É neste ponto, segundo prova nossa experiência, que a transferência entra em cena” (Ibidem, p. 138).

A transferência se instala quando o paciente identifica na figura do médico algo que se relaciona ao “complexo patógeno” e, a partir daí, transfere um elemento desse complexo para a sua figura, processo que dispara a resistência interrompendo as associações. Esse mecanismo transferencial só é utilizado para liberar o acesso à consciência, de um elemento que possa servir à resistência, dinâmica que se repete constantemente no decorrer de uma análise. Essas descobertas induzem Freud a conceber que a resistência não ocorre ao acaso, que há um trabalho preliminar sobre o complexo, destinado a separar ali a parte conveniente e passível de

transferência, para ser a primeira a ser “empurrada” para a consciência. É nesse sentido que a transferência se apresenta, no trabalho de análise, “como a arma mais forte da resistência” (Ibidem, p. 139), e quanto mais intensa se fizer a transferência mais vigorosa será a resistência que institui.

Todo o mecanismo que está por trás da instauração da resistência esclarece muito dessa relação tão especial entre o analista e o paciente e o porquê dela ser inerente ao tratamento analítico. Porém, a explicação de sua função ali será encontrada apenas levando-se em conta a vinculação entre a transferência e a resistência.

Essas descobertas abrem caminho para Freud buscar desvendar o seguinte enigma: “Como é possível que a transferência sirva tão admiravelmente de meio de resistência?” (Ibidem). E as respostas serão obtidas do exame das “resistências transferenciais” verificadas na sua experiência prática. Nesse exame ele descobre que, antes de qualquer coisa, há uma necessária distinção a ser feita entre transferência negativa e transferência positiva, pois a cada uma delas deverá ser dado um tratamento específico. Além disso, acrescenta, os afetos que determinam a transferência positiva não são apenas de ordem consciente, mas também inconsciente, o que exige que se proceda ainda a mais uma distinção quanto à transferência positiva, para separar os conteúdos afetivos conscientes daqueles atinentes ao inconsciente e que se referem às fontes eróticas afeitas aos desejos sexuais reprimidos. Consequentemente, a transferência que anima a resistência ao tratamento será sempre a de valor negativo, ou a de valor positivo ligado a conteúdos eróticos inconscientes.

“Se ‘removermos’ a transferência por torná-la consciente, estamos desligando apenas, da pessoa do médico, aqueles dois componentes do ato emocional; o outro componente, admissível à consciência e irrepreensível, persiste, constituindo o veículo de sucesso na psicanálise, exatamente como o é em outros métodos de tratamento” (Ibidem, p. 140).

Em suma, a essência, bem como as dificuldades, do trabalho psicanalítico está no material reprimido, o que faz Freud assegurar que o recurso para se viabilizar uma análise está no manejo da transferência, tema que será por ele tratado em “Observações sobre o amor de transferência” (FREUD, 1915, vol. XII, pp. 208 a 221).