



De 1912 a 2012: a evolução da transferência na prática psicanalítica de Freud à psicanálise contemporânea

David Epelbaum Zimmerman, Porto Alegre*

O autor revisa a evolução do conceito de transferência na literatura psicanalítica desde as primeiras publicações de Freud e Breuer, passando por Klein, Rosenfeld, Meltzer, Kohut, Winnicott, Lacan e Bion. A seguir, discorre sobre as diferentes modalidades de transferências que podem estar presentes no processo psicanalítico: transferência de defesa, extra-transferência, positiva, negativa, idealizadora, neurose de transferência, erótica, especular, aliança terapêutica. Finaliza relacionando as diversas críticas positivas e negativas feitas pela literatura psicanalítica aos posicionamentos das escolas freudiana e kleiniana no que se refere ao modo como encaram o fenômeno da transferência.

Descritores: Transferência. Evolução do conceito. Modalidades de transferências. Críticas.

* Psicanalista, membro efetivo e analista didata da SPPA.



Prestigiado e honrado com o convite das colegas Suzana Fortes e Tula Brum, atual editora da nossa *Revista de Psicanálise da SPPA*, para contribuir com um artigo sobre o fenômeno da transferência, entendi que o tema proposto sempre foi, desde o pioneirismo de Freud e seus seguidores imediatos, e continua sendo de alta importância na prática psicanalítica. Tanto a fundamentação teórica da transferência, quanto a técnica e a sua aplicação na prática clínica cotidiana vêm sofrendo profundas transformações, das décadas passadas aos dias de hoje, passando por Melanie Klein, por importantes autores seguidores dela pelos autores da Psicologia do Ego, corrente liderada por H. Hartmann, e ainda pela corrente denominada Psicologia do Self, criada por Kohut, (1977) ambas sediadas nos Estados Unidos. Também é justo lembrar as colaborações provindas de eméritos autores psicanalíticos tais como D. Winnicott, W. Bion e J. Lacan.

Por essa razão, decidi focar, no presente artigo, a evolução histórica deste primordial conceito, que, ainda segundo Freud, juntamente com os conceitos psicanalíticos de *resistência* e de *interpretação*, compõe um tripé que constitui a essência da psicanálise, o que a diferencia de outras modalidades de psicoterapias.

Começamos essa revisão por Freud, cujas maiores contribuições sobre o fenômeno da transferência foram construídas, publicadas e divulgadas principalmente entre os anos de 1912 e 1915. Destarte, no volume XII da *Standard Edition*, consta o seu trabalho *A dinâmica da transferência* (na edição brasileira). Segundo seu editor inglês, este artigo foi publicado em 1912, numa série de outros trabalhos sobre técnica. Na verdade consiste em mais um exame teórico sobre a importância da transferência temática já abordada por Freud em breves considerações ao final da história clínica de Dora (1905). Freud voltaria a abordar mais amplamente o tema *transferência* no volume *Conferências introdutórias* (1916-17) e no decurso do seu longo *Análise terminável e interminável* (1937).

Se consultarmos o livro *Ler Freud – guia de leitura da obra de S. Freud*, de autoria do psicanalista francês Jean Michel Quinodoz (2007), no subtítulo *Esboço da noção de transferência*, veremos Quinodoz afirmando que “[...] a partir do caso Dora, descobre-se com surpresa que, desde seus primeiros escritos sobre histeria, Freud já havia descrito o fenômeno da transferência e já utilizava este termo” (p. 28). Em meio aos seus estudos sobre transferência e histeria, Freud aprofundou novas postulações:

- 1) A transferência surge na situação analítica quando o psicanalista se aprofunda nos motivos da resistência do paciente.
- 2) A transferência ao terapeuta se realiza por aquilo que Freud denominou como “uma falsa associação”, ou uma “falsa relação”, um desajuste.



3) Ainda segundo Quinodoz, o próprio Freud exemplificava isso com uma paciente que desejava ser abraçada e beijada por um homem do seu círculo de relações. Utilizando uma marcante experiência pessoal, Freud relata que essa mesma paciente, no curso de uma sessão com ele, demonstrou claramente, com palavras e ações, que ela queria abraçá-lo e beijá-lo. Freud percebeu que, ao mesmo tempo que essa paciente avançava eroticamente sobre ele, mais se mostrava assustada. Assim, de forma educada, Freud lidou com essa situação constrangedora recusando-se delicadamente a esse assédio; afastando-se sem rejeição agressiva, deu por terminada a sessão, mas prometendo voltarem ao assunto na sessão seguinte.

4) Outra decorrência das mencionadas reflexões é que, tendo ele começado a verbalizar, para a aludida paciente erotizada, o que ocorria, observou que, à medida que ela tomava conhecimento de sua própria resistência, mais reconhecia que seus sentimentos atuais provinham desde a sua infância. E quanto mais a paciente superava essa resistência, mais o trabalho psicanalítico pôde prosseguir normalmente. Empolgado com a sua descoberta, Freud acrescentou: “Desde que eu soube disto, toda vez que minha pessoa é envolvida desta maneira erotizada, comigo, começo a postular a existência de uma transferência, isto é, de uma ‘falsa relação’. O que é curioso, prossegue, é que, nesses casos, essas pacientes estão sempre enganadas”.

5) Ainda outra decorrência tão importante quanto aquela com a paciente histérica, de transferência erotizada, é que Freud ficou motivado a estudar e escrever textos referentes ao *manejo técnico nos casos de amor transferencial*. Nessa época começaram a aparecer recomendações de muitos autores psicanalíticos no sentido de que, diante de um paciente que viesse a erotizar o vínculo analítico mais adiante na análise, já no início do *contrato analítico*, *todo analista deveria, antecipadamente, prevenir a paciente de que, no curso da análise, poderia surgir nela uma transferência amorosa*. A minha admiração por Freud, aumentou mais ainda quando fiquei sabendo que ele próprio contraindicava esse procedimento “profilático” com o seu argumento de que essa prevenção tiraria dessas pacientes uma necessária espontaneidade no surgimento dessa transferência na análise.

6) Ainda nos apoiando em Quinodoz, ficamos cientes de que, gradativamente, Freud foi abandonando o recurso da hipnose e passando a duvidar da realidade da cena sexual relatada pelas pacientes histéricas e a considerar que o fator traumático determinante da histeria depende mais das fantasias e dos desejos nas relações do que da realidade da cena sexual real.

Em outro escrito técnico, *Observações sobre o amor transferencial* (1915),



Freud indaga sobre a atitude a adotar quando uma (hoje escreveríamos “um(a)”) paciente se apaixona pelo(a) analista. Interromper o tratamento não seria uma solução, pois, segundo ele, poderia se tratar de um fenômeno transferencial que tenderia a se reproduzir inevitavelmente com o próximo terapeuta, em razão do fenômeno, concebido pelo próprio Freud, denominado por ele de *compulsão à repetição*, que também alerta o psicanalista para não considerar este tipo de amor como verdadeiro: “No que se refere à análise, satisfazer a necessidade de amor da paciente é tão desastroso e temerário quanto sufocá-lo”. E completa: “Todo analista deve reconhecer muito bem a sua contratransferência, principalmente se sentir alguns sinais de que está se envolvendo com a paciente, para evitar possíveis consequências daninhas”.

Impressionado com a importância clínica de sua descoberta relativa a sua concepção de transferência e com os bons resultados na prática analítica com muitas de suas pacientes, Freud passou a ilustrar os seus textos com exemplos clínicos. Começou com a sua própria autoanálise. Assim, deu-se conta de que sua longa amizade com Breuer tinha muito de sua transferência, ou seja, ele necessitava preencher o vazio de seu pai e “transferira” para Breuer esse papel paternal. Sabemos que sua amizade – e coautoria de livros com Breuer – pouco a pouco foi se desfazendo, sendo substituída pela amizade com Fliess – um conhecido médico otorrinolaringologista, na época. Este amigo, durante muitos anos, tornou-se o confidente de Freud, até que o mútuo encanto começou a se desfazer em 1897, tendo ambos se desentendido definitivamente em 1900 durante um último congresso psicanalítico. Assim, no desenvolvimento de sua autoanálise, Freud foi descobrindo que o antigo ódio e dependência que sentia pelo seu pai no passado fora transferido por ele tanto para Breuer, quanto para Fliess. É significativo que o pai de Freud morreu em 1896, praticamente o mesmo ano da data em que ele rompeu definitivamente com Breuer.

Dentre as ilustrações clínicas que Freud empregou nos seus clássicos textos escritos, além da paciente “erotizada” já descrita, Freud rememorou e revivenciou casos como o de Anna O. e sua transferência com Breuer, que se apavorou com uma gravidez imaginária, histérica, de Anna, que, convicta, afirmava ser Breuer o pai do suposto bebê em gestação. Freud também revisou o caso da jovem Dora, que abandonou a análise com ele, provavelmente pelo surgimento de uma *transferência vingativa* nela, como uma forma de fazer-lhe um revide, assim como se sentira abandonada pelo senhor “K”, por quem ela era apaixonada, até porque lhe lembrava o pai.

Recuando mais no tempo, Freud recordou as primeiras pacientes Emmy von N., Miss Lucy R., a senhora Katharina e Elisabeth von R., cujas histórias



clínicas foram publicadas no livro *Estudos sobre histeria* (1895) de autoria de Freud e Breuer. Como o espaço para descrever todos os casos clínicos acima mencionados é inviável aqui, vou me restringir a alguns aspectos da análise de Elisabeth von R., porque retrata com muita fidelidade as ideias de Freud sobre o fenômeno da transferência.¹

Vamos ao caso de Elisabeth von R. Ela era uma moça de origem húngara, de 24 anos, que Freud tratou de 1892 a 1893. A paciente sofria, havia dois anos, de dores violentas nas pernas e distúrbios inexplicáveis da marcha, distúrbios que teriam aparecido pela primeira vez quando cuidava do pai doente. Pouco antes da morte do pai, sua irmã adoeceu e também morreu. Freud tentou com Elisabeth o então clássico recurso do uso da hipnose, que de nada adiantou. Diante disso recorreu ao seu recurso, habitual na época, de usar o procedimento de fazer pressão com a mão sobre a cabeça da paciente, pedindo-lhe que ela falasse tudo o que lhe viesse à mente. O primeiro pensamento de Elisabeth foi a lembrança de um rapaz por quem se apaixonara quando seu pai estava doente. Devido à gravidade do estado do pai, ela renunciara definitivamente a este amor. Mas foi em decorrência de um episódio fortuito que Freud conseguiu descobrir o “segredo” na origem das dores durante uma “falsa relação” (nome inicialmente dado por ele à transferência). Durante uma sessão, ela pediu a Freud que lhe desse licença para sair do ambiente em que estavam, porque teria ouvido a voz do cunhado (marido da falecida irmã de Elisabeth). Ao voltar ao consultório, após essa interrupção, a paciente sentiu novamente dores violentas nas pernas. Freud refletiu que *provavelmente a possível chegada do cunhado fez com que Elisabeth lembrasse que as suas dores remontavam (recuando no tempo) à morte da sua irmã e que um pensamento inconfessável lhe atravessara o espírito ao entrar no quarto onde jazia a irmã morta. A ideia de Freud foi a de que Elisabeth pensou e sentiu que a morte de sua irmã deixaria seu cunhado livre para poder casar com ela, Elisabeth.* Escutando essa interpretação de Freud, a paciente ficou totalmente curada das dores nas pernas. Podemos pensar, como Freud, que a paciente teve um *insight* de que as dores se deviam a uma *histeria conversiva*, isto é, *as culpas pelo que pensou e sentiu se localizaram na musculatura de suas pernas, o que, por sua vez, lembrou-lhe o falecido pai.* Freud também concluiu que o fenômeno conversivo se processou porque a paciente conseguiu produzir dores por meio de *uma conversão do psíquico – culpas e medos – em somático, ou seja, os músculos das pernas. Reiterando: o estado psíquico de Elisabeth consistia em culpas.*

¹ Caso o leitor, por alguma razão, tenha alguma dificuldade de ler diretamente o livro de Freud e Breuer, *Estudos sobre histeria* (1895), os casos referidos encontram-se sumarizados na p. 23 do mencionado livro de Quinodoz (Artmed-2007).



Consequentemente, um medo de *punição* e um forte conflito interno entre o desejo de casar com o marido da irmã e a sua consciência moral, ou seja, com o seu superego, que forçaram uma repressão no fundo do inconsciente.

Entre os conceitos introduzidos por Freud nos seus estudos sobre os referidos casos clínicos, no mínimo três noções merecem um destaque especial: *a sexualidade, o simbolismo e a transferência*. Ademais, Freud postulou outras concepções originais, algumas geniais que estão sendo confirmadas pelas modernas neurociências, como é o caso das *fixações* de fatos e sentimentos *reprimidos* que tendem a se repetir ao longo da vida em obediência ao mandamento do princípio (descoberto pelo próprio Freud) do fenômeno da *compulsão à repetição*. No entanto, outras concepções originais de Freud – inclusive as que enfocam o fenômeno da transferência – são discutíveis na atualidade da psicanálise. Ao perceber que havia muitas modalidades diferentes em relação às transferências que se manifestavam nas situações clínicas, Freud privilegiou, quase que de forma exclusiva, as transferências *positivas* (predominância das pulsões de vida) e as transferências *negativas* (predominância das pulsões de morte). Na introdução do presente artigo, propus focar não unicamente Freud, mas também autores de outras correntes psicanalíticas que sucederam a ele.

Melanie Klein, durante toda a sua prática analítica, desde o início, na década dos anos 20, marcou o pioneirismo da análise com crianças por meio da introdução de jogos, brinquedos e brincadeiras. Ela sempre trabalhou de forma sistemática, tanto com crianças, quanto com adultos, na transferência, muito especialmente a *negativa*, decorrente, segundo ela, das pulsões sádico-destrutivas. Klein entendia o fenômeno transferencial como uma reprodução, na figura do analista, de todos os objetos e relações objetais internalizadas no psiquismo do paciente, acompanhadas das respectivas pulsões, fantasias inconscientes e ansiedades primitivas. Essa concepção ficou muito robustecida com a sua descoberta relativa ao fenômeno que ela cunhou com o nome de *identificação projetiva*, hoje consensualmente aceita pelos psicanalistas de todas as correntes. Ademais, em seu importante trabalho de 1952, *As origens da transferência*, o único que escreveu especificamente sobre o tema, ela deixa claro que desenvolve bastante essa sua forma de entender o fenômeno transferencial. Muito resumidamente, pode-se dizer que os psicanalistas da escola kleiniana enfatizaram os aspectos que se enumeram abaixo relativos à transferência.

1) A compreensão e a valorização da *transferência negativa*, ou seja, aquela que reproduz com o analista as primitivas relações objetais com as respectivas fantasias inconscientes arcaicas, angústia de aniquilamento e mecanismos de defesa muito primitivos, tais como *negação onipotente, excessiva dissociação*,



identificações projetivas e introjetivas, também excessiva idealização, ou seja, defesas muito anteriores à repressão, com a qual Freud sistematizou toda a sua conceitualização transferencial.

2) Essas primitivas relações objetais provavelmente não aparecem sob a forma de associação de ideias – tal como Freud preconizava – porquanto elas se fizeram antes da capacidade de o ego da criança poder fazer o que Freud denominava *representação-palavra*. Pelo contrário, podemos acrescentar que aquilo que se fixava na mente da criança era – ainda usando a terminologia de Freud- a *representação-coisa*, o que dificulta ao analista captar as significações ocultas do paciente.

3) Nesse tipo de *transferência primitiva*, as relações objetais são configuradas como *objetos parciais (seio, pênis) desde as primeiras sensações corporais e decorrentes das angústias que M. Klein denominava de angústias persecutórias e depressivas, inerentes ao desenvolvimento infantil.*

4) A transferência se faz presente não só nos momentos em que o paciente direta ou indiretamente está em relação com o psicanalista. Pelo contrário, o sentimento transferencial manifesta-se de forma permanente, embora oculta.

5) De certa maneira, os candidatos em formação, para alcançarem a condição de psicanalistas, sentiam-se confusos e em grande desconforto nos momentos em que não viam ou não sentiam a presença nítida de uma transferência marcante e se obrigavam a descobri-la e a fazer uma interpretação que sentiam algo forçada, para não dizer “artificial”.

Em relação a alguns dos principais seguidores de M. K, impõe-se destacar o importante psicanalista H. Rosenfeld (1971) com seus estudos e artigos sobre *transferência narcisista, a qual inclui a descrição que ele conceitua como uma gangue narcisista* que age de forma malévola dentro do próprio ego. Outra notável colaboração de Rosenfeld sobre a temática da transferência não pode faltar aqui pela sua importância para as diversas situações analíticas estagnadas num *impasse*, quando a análise entra numa espécie de beco sem saída. No entanto, a colaboração de Rosenfeld que me parece a mais importante é a que denomina de *psicose de transferência* (1978) às vezes chamada por ele de *psicose transitória, pois se referia ao fato de que os fenômenos psicóticos, em geral no curso da psicose de transferência, só se ligam à transferência na situação analítica, interferindo muito pouco na vida do paciente fora da análise.*²

² Pela importância desse conceito, sugiro ao leitor que consulte o trabalho de Rosenfeld, *A psicose de transferência no paciente fronteiro*, publicado na *Revista Brasileira de Psicanálise*, v. 23, p. 3, 1989. O mesmo artigo também pode ser encontrado no livro *Fundamentos psicanalíticos. Teoria, técnica e clínica* (Zimerman, D. Porto Alegre: Artmed, 1999, p. 341).



Outros autores kleinianos que merecem ser mencionados são Meltzer, psicanalista britânico que em 1973 descreveu a natureza e as formas de perversão na transferência. Também é justo mencionar a psicanalista Betty Joseph, da corrente kleiniana, que estudou e divulgou a transferência como uma situação total – isto é, com uma visão holística, em que se articulam distintos fatores que participam dos fenômenos transferenciais. Ela também contribuiu (Joseph, 1985) com um importante texto denominado *A transferência nos pacientes de difícil acesso*. Também cabe nos lembrarmos de J. Steiner (1997), que descreveu *a organização narcisista da personalidade*, na qual há uma relação permanente entre partes diferentes da mente que tendem a se reproduzir na transferência.

Kohut (1971), psicanalista austríaco que migrou para os Estados Unidos (Chicago) onde criou e divulgou a Psicologia do Self, deu uma notável e original contribuição para a compreensão e manejo da normalidade e patologia do narcisismo. Mais especificamente, ele estudou as transferências narcisistas e as classificou em três tipos: 1) *idealizadoras* (idealizações excessivas em relação ao analista); 2) *gemelares* (como se o paciente e o analista devessem se comportar como gêmeos); 3) *especulares*, caso em que o paciente necessita que o analista, tal como a mãe no passado, reconheça, confirme e espelhe aquilo que Kohut chamava de *self grandioso*, que o paciente lhe exhibe. Kohut sempre acreditou que a transferência das precoces faltas e falhas empáticas que tais pacientes tiveram com a mãe, uma vez bem compreendidas e manejadas pelo analista, possibilitam uma *internalização transmutadora* (nome cunhado por Kohut), a qual permitirá que analista e paciente percebam as aludidas faltas e falhas antigas, possibilitando-se mais facilmente uma reestruturação do *self*.

Para D. Winnicott, este notável psicanalista britânico, a transferência deve ser compreendida como uma nova relação do paciente (agora com um psicanalista), num novo espaço (*setting*), no começo com uma visão distorcida da imagem do terapeuta, muitas vezes com extrema idealização ou excessivo denegrimiento. Aos poucos, porém, este paciente começará a saber usar o seu analista, inicialmente como *objeto transicional* (conceito de Winnicott, 1975) e, após, de forma objetiva, como objeto *real*.

Entre outros aspectos relativos à transferência descritos por Winnicott, merecem menção duas necessárias capacidades do analista: 1) a função *holding* – do inglês *to hold* = sustentar – equivalente ao conceito de Bion de *rêverie* ou de o analista ser continente – relativa a sua capacidade de sustentação das necessidades e angústias do paciente; 2) a capacidade de *sobrevivência* aos possíveis ataques do paciente, a que acrescento os ataques de natureza *agressiva nas três modalidades mais comuns: a agressiva com ódio, a agressiva amorosa (especialmente a sedução*



erotizada) e a agressiva narcisista (o paciente quer ter a análise sob o seu comando).

Lacan (1949-1960), eminente e controvertido autor psicanalista, concebe a utilização da transferência na situação analítica de uma forma totalmente diferente. Ele parte do princípio de que a fixação oral na mãe expressa o que denominou de *estágio do espelho*, no qual o sujeito (ou a criança pequena no passado) reconhece o seu ego *no* outro, ou que a primeira noção do ego provém *do* outro. Assim, Lacan faz uma forte crítica aos psicanalistas que sistematicamente interpretam a transferência clássica. Segundo Lacan, isso não faz mais do que reforçar a dependência do paciente e do vínculo que já é de natureza *diádica especular*. Pelo contrário, prossegue Lacan, o analista deve romper essa díade imaginária, para criar uma possibilidade de construir o que denomina de *castração simbólica* como um importante recurso de propiciar a transição do nível imaginário para o nível simbólico. Todos esses aspectos constituem o que Lacan configura como a *teoria simbólica da transferência*. Resumindo, para Lacan, a psicanálise consiste em um processo dialético, pelo qual o paciente traz para a sessão a sua tese, o analista propõe uma antítese, daí surge uma síntese (entendo como um *insight*) que leva a novas teses, sendo que a transferência, segundo Lacan, somente vai surgir quando, por alguma razão, esse processo dialético é inoperante. Deste modo, para ele, não é uma interpretação que põe em marcha a análise, mas, sim, é a reversão dialética do processo por meio de um trabalho com os *significantes* e os respectivos *significados* do que foi verbalizado.

Embora Bion não tenha escrito nenhum texto específico sobre o fenômeno transferencial, é possível depreender algumas de suas ideias relativas a essa experiência emocional com o analista, entre elas que essas experiências devem sofrer transformações – por exemplo, novas significações de fatos, memórias ou fantasias – ao longo dos anos de análise.

Bion assim define o seu conceito de transferência na situação analítica: “Ela é uma experiência transitória, é um pensamento, sentimento ou uma ideia que o paciente tem em seu caminho para um outro lugar ou pessoa”. Assim, Bion (1965) afirma que a transferência não é estática e tampouco uniforme, antes, resulta de comportar-se à semelhança de um processo de sucessivas transformações, de várias formas, conforme o complexo que se faz presente no ato analítico. Para ilustrar, Bion inclui no complexo transferencial a existência de três vínculos: *amor, ódio e conhecimento*, alertando os psicanalistas para a importância de saberem reconhecer quando a transferência provém da *parte neurótica, ou psicótica, da personalidade*. Desta forma, o seu conceito de *vértice* supõe que tanto o analista quanto o paciente percebam e reflitam uma mesma



experiência a partir de uma outra visualização de um mesmo fato. Igualmente, é relevante, que Bion introduz a ideia de que *a transferência não é unicamente com a pessoa do analista, mas, também, a partir de uma parte do paciente, ele pode entrar em relação com a pessoa mais importante com quem, até então, ele não sabia lidar, que é uma outra parte dele mesmo.*

Ainda cabe citar mais duas concepções de Bion acerca da transferência. Primeiro, vale enfatizar que, fundamentalmente, ele encara o fenômeno transferencial, a partir de seu modelo de uma relação *continente-conteúdo*. Segundo, Bion sempre considerou que a condição do analista no ato transferencial vai muito além de um objeto ou de unicamente funcionar como uma pantalha transferencial, já que, nesses casos, seria tudo a mesma coisa com qualquer outro analista. Pelo contrário, enfatiza Bion, *a pessoa real do analista é essencial no processo de transferência que surge na situação psicanalítica*. E completa: “Penso que o paciente faz algo para o analista e o analista faz algo para o paciente; não é apenas uma fantasia onipotente” (1965, p. 79).

Alguns comentários pessoais – tanto interessantes quanto polêmicos – sobre transferências³

Etimologicamente, a palavra transferência resulta dos étimos latinos “trans” e “feros”. O prefixo “trans”, além de outros significados possíveis, também alude a *passar através de*, como em *transparente*, ou passar para um outro nível, como em *trânsito*, enquanto “feros” significa *conduzir*. Creio que basta essa compreensão etimológica para caracterizar a essência do fenômeno transferencial.

Embora o surgimento da transferência esteja virtualmente em todas as interações humanas, professor-aluno, patrão-empregado, chefe-secretária, casal de namorados, etc, o termo transferência deve ficar reservado unicamente para a relação presente no processo psicanalítico. A transferência advém tanto da pessoa do paciente, quanto do próprio analista (não vamos confundir com a transferência que nasce dentro do interior do psicanalista com o surgimento de uma contratransferência). *A análise não cria a transferência; apenas propicia a sua redescoberta, bastante facilitada pela instalação de setting*, que favorece algum grau de regressão do paciente por meio de uma intimidade. Porém a análise será processada com uma certa privação sensorial, frustrações inevitáveis, assimetria de papéis, etc.

³ Prefiro usar a terminologia *transferência* no plural (transferências) para deixar claro que são inúmeras e diferentes as modalidades da transferência no processo psicanalítico.



Anna Freud (1936) descreveu a *transferência de defesa* que ela exemplificou com a possibilidade de um paciente manifestar uma transferência de hostilidade, a qual o protege de seu medo de amar. Um outro exemplo, nada raro, consiste na eventualidade de o analista interpretar, de uma forma enfática e repetitiva, a *transferência negativa* (no significado de Freud), que pode estar a serviço de uma possível fobia dele próprio em relação à “temida” transferência erótica. Os exemplos poderiam multiplicar-se. Há transferência em tudo, mas nem tudo deve ser interpretado.

Quanto a possíveis críticas a Freud, em seu livro em coautoria com Breuer, *Estudos sobre a histeria* (1895), Freud empregou pela primeira vez o termo alemão *Ubetragung* no sentido de uma forma de resistência, isto é, como um obstáculo à análise, a fim de evitar o acesso ao resíduo da sexualidade infantil, que ainda persiste ligada às zonas erógenas, as quais, na evolução normal, já deveriam estar desligadas. Penso que o mais importante é registrar que, no mesmo livro a que aludimos, no capítulo *A psicoterapia da histeria*, Freud afirma textualmente que “A transferência é o pior obstáculo que podemos encontrar” e conclui conceituando-a como uma *forma de falso enlace (ou falsas conexões* como ele veio a chamar posteriormente) do paciente com o terapeuta. Mesmo com o desconto de que essas afirmativas foram feitas há séculos, Freud não mudou muito na sua convicção de que a transferência era inevitável. Porém, ainda em 1938, em *Esquema de psicanálise*, ele revelava sua ambiguidade, visto que proclamou que *a transferência pode se constituir como o mais poderoso instrumento da psicanálise*, e, no mesmo capítulo, ele enfatiza *que a transferência pode ser uma fonte de sérios perigos*. Ainda em 1920, em *Além do princípio do prazer*, dá-se um importante acréscimo conceitual, porquanto Freud lança o seu postulado da existência de uma pulsão de morte e inclui o fenômeno da transferência como um exemplo de *compulsão a uma repetição* penosa e infantil, pela qual o paciente é obrigado, por mandamentos internos, a repetir (atuar) o material *reprimido, sempre ligado a algum vestígio da sexualidade edípica*. Também em 1915, em *Observações sobre o amor de transferência*, Freud classifica as transferências em *positivas* (as amorosas) e as *negativas* (as sexuais), essas últimas ligadas às resistências. Aliás, em sucessivos trabalhos sobre técnica, Freud refere-se à íntima interrelação entre transferência e resistência, de modo que tanto descreve uma *resistência ao surgimento da transferência, quanto a possibilidade de que a transferência funcione como uma forma de resistência*.

Nos seus primeiros tempos de exercício psicanalítico, Freud enfatizava que o gênero sexual do analista reproduzia no paciente uma “transferência paterna” (diante de um analista homem) ou “transferência materna” (terapeuta feminina).





Na verdade, ele próprio, ao longo dos anos, retificou essa posição, ou seja, um analista masculino pode despertar uma transferência materna e uma analista feminina pode ser alvo de uma transferência paterna.

Freud utilizou a transferência como comprovação de que se tratava de uma *necessidade compulsiva de repetição das pulsões instintivas* (na psicanálise contemporânea, muitos psicanalistas – me incluo entre eles – tendem a trocar *necessidade de repetição* por *repetição das necessidades devido a que, numa época passada, as necessidades orgânicas e emocionais não teriam sido suficientemente bem preenchidas pelo pai*). *Especialmente pacientes regredidos esperam repetir as aludidas necessidades com o analista, numa expectativa de que este preencha os vazios ainda presentes na alma.*

Sobre a pessoa real do analista, o conceito de *transferência* vem sofrendo sucessivas transformações e renovados questionamentos. Por exemplo, a polêmica atual entre as correntes psicanalíticas acerca da questão quanto à dúvida se a figura do analista no ato analítico não é mais do que um objeto que recebe as projeções de antigas pessoas que estão internalizadas e representadas no interior do inconsciente do paciente. Nesse caso, a pessoa real do analista não seria senão uma pantalha que serve para uma repetição de antigas relações objetais, independente daquela pessoa real, porquanto o mesmo se reproduziria com qualquer psicanalista bem preparado. Por outro lado, um grande contingente de analistas (entre os quais eu me incluo) pensam diferente e acreditam que a *pessoa real* do analista, tal como ele é, exerce uma influência tão ou mais importante do que as suas “interpretações transferenciais”. Um dos argumentos que sustentam essa posição se fundamenta no fato de que o psicanalista também se comporta como uma nova pessoa na vida do paciente, portanto vai exercer o importantíssimo papel de ser um novo *modelo de identificação* (de como pensar, raciocinar, comunicar, enfrentar angústias, amor às verdades, sentimento de solidariedade) e aprender com seu analista como não ser prisioneiro do seu narcisismo e da sua paranóia, etc.

Extratransferência. Trata-se de um termo bastante conhecido, classicamente, refere-se ao paciente relatar situações no seu viver cotidiano, *lá fora* do *setting* analítico, com pessoas de convívio mais próximo. De modo geral os analistas desvirtuam a extratransferência e apregoam que tais experiências emocionais só têm validade e eficácia psicanalítica de *verdade* se forem analisadas à luz da vivência do *aqui-agora-comigo* transferencial. A polêmica que se estabeleceu entre psicanalistas consiste no fato de que outros analistas estão convencidos de que um relato direto do paciente, se vier a merecer uma *escuta* séria, bem compreendida pelo seu terapeuta, pode se constituir num excelente



instrumento para ele, no sentido de que, na leitura daquilo que está nas entrelinhas do relato do paciente, o analista pode perceber melhor como se estruturam suas relações objetais internalizadas, de longa data. Por exemplo, no caso de um paciente que narre na sessão uma briga que teve na véspera com a sua mulher, há a possibilidade, muito comum, de o analista proceder a um automático *reducionismo interpretativo* com a seguinte “interpretação”: “O senhor (o paciente) está usando uma forma indireta de dizer que é comigo (analista) que está brigando”.

O analista diz isso de uma forma aparentemente convicta, independente de essa “interpretação” corresponder a uma realidade psíquica do paciente, ou ser algo automático, um equívoco de compreensão do analista. É frequente que o paciente a rejeite com costumeiras exclamações do tipo: “Doutor, não é nada disso... eu sabia que o senhor ia dizer o que disse... tudo o que eu falo, o senhor sempre traz para o senhor mesmo”. Não é rara a possibilidade de que esse terapeuta queira *impor* no lugar de *propor* a sua interpretação “transferencial” e a sessão adquira um clima polêmico.

Tipos de transferência. Há muitas modalidades de transferências, porém Freud sempre enfatizou mais as de natureza *positiva e a negativa, a erótica e a erotizada*, quase sempre ligando-as com a sexualidade e o complexo de Édipo.

Transferência positiva. Classicamente essa denominação referia-se a todas as pulsões e derivados relativos à libido, especialmente os sentimentos carinhosos e amistosos, mas também incluídos aí os desejos eróticos, desde que sublimados sob a forma de amor não sexual e que não persistam como um vínculo erotizado. O que julgo importante a ser destacado é o fato de que, na psicanálise contemporânea, muitas vezes o que parece ser uma transferência “positiva” pode ser negativa, pois aquela pode estar representando não mais do que uma extrema e permanente idealização (isso é diferente de uma – estruturante – admiração, essa, sim, plenamente positiva, que o paciente sente em relação ao analista). Também pode acontecer que uma aparência de positividade possa estar significando unicamente um inconsciente *conluio transferencial-contratransferencial sob a forma de uma estéril e recíproca fascinação narcisista*. Outra possibilidade ocorre quando uma aparente transferência “positiva” possa estar encobrindo o que costumamos chamar de *pseudocolaboração* deste tipo de paciente.

Transferência idealizadora. Essa denominação alude a um tipo de transferência em que o paciente idealiza exageradamente o seu analista. Quando, porém, isso parte de pacientes muito regredidos e cheio de vazios, creio que deve ser, durante algum tempo, *bem aceito pelo analista*, pelo fato de que essa idealização pode estar representando para esse paciente uma importante e



necessária tentativa de contrair um vínculo que lhe falta desde criança. Concordamos que muitas vezes o paciente idealiza demais. Quando a idealização atinge um grau extremo, costumo dizer ao paciente que se trata de um endeusamento. O que pode promover sérias decepções, além de que, um endeusamento do outro vem acompanhado de *um autoesvaziamento de suas potencialidades e dificultar que essas se transformem em capacidades reais*. No entanto, quando o psicanalista desfaz precocemente a idealização, pode resultar que este paciente ingresse em um estado de desamparo análogo à imagem que me ocorre de “se lhe retirar a escada e deixá-lo seguro pelo pincel”.

O inconveniente analítico de uma excessiva idealização – por excesso de narcisismo do próprio analista – é deixar que essa idealização se perpetue, com óbvios prejuízos para o paciente adquirir um crescimento mental. É importante termos em mente a significativa e por vezes sutil distinção entre *idealização*, muito instável, e *admiração*, mais estável, além de ser, para o paciente, o melhor dos modelos de *identificações*. *As transferências histéricas, no início da análise, costumam ser altamente idealizadas e pertinazes, embora também muito instáveis e lábeis, de modo que os analistas podem se entusiasmar muito rapidamente com os resultados iniciais e, depois, sofrer decepções*. Isso lembra uma notável frase de Freud, dita em 1925⁴: “Considerem a maneira pela qual uma dona-de-casa distingue um bom forno, de um mau forno. Os fornos ruins esquentam rápido, mas esfriam com a mesma rapidez. Os bons fornos esquentam lentamente, de modo incerto, mas conservam calor por muito tempo”.

Transferência negativa. Com essa denominação, Freud referia aquelas transferências nas quais predominavam pulsões agressivas, com seus inúmeros derivados: inveja, ciúme, rivalidade, voracidade, ambição desmedida, algumas formas de destrutividade, as eróticas incluídas. A transferência pode ser negativa a partir de uma perspectiva adulta em relação à educação de uma criança que quer romper com certas regras, porém ela pode ser altamente positiva a partir do vértice que permite ao paciente a criação de um espaço no qual ele pode reexperimentar as antigas experiências que foram mal entendidas e mal solucionadas pelos pais, no passado. Por exemplo, aquelas experiências em que as crianças pequenas querem agradá-los oferecendo-lhes presentes sob a forma de evacuar fezes, ou o direito do filho de uma contestação aos valores daqueles adultos.

Talvez não exista experiência política mais tocante do que aquela em que o paciente se permite atacar seu analista por meio das formas mais diversas, às vezes cruéis, e o terapeuta sobrevive aos ataques (verbais) sem se intimidar, revidar,

⁴ Extraí a frase do livro *Pensamentos de Freud*, de autoria de Alain de Mijolla.



reprimir, desistir, contrabalançar com formações reativas, sem apelar para recursos medicamentosos e outros afins, mantendo-se fiel a sua posição hierárquica de analista. Isso repercute no paciente de duas formas estruturais para o seu *self*: *a comprovação de que ele, paciente, não é tão perigoso, destruidor e mau como imaginava e, tampouco, de que seus objetos (pessoas) não são tão frágeis como imaginava e sempre temia.*

O aspecto positivo de uma transferência negativa pode ser equiparado à fase evolutiva da criança, quando ela entra no período de, sistematicamente, dizer *não* à autoridade dos pais, fato que, mais do que um ato agressivo, representa ser, em condições normais, uma tentativa de começar a construir seu sentimento de identidade por meio da busca de autonomia e diferenciação.

Diante de uma “transferência negativa”, na significação de Freud, é inegável que a maioria de nós, os analistas, ficamos satisfeitos quando os pacientes nos elogiam, amam e manifestam gratidão e detestamos a situação oposta a essa, o que justifica a necessidade de o terapeuta estar bem munido de uma *capacidade negativa* (termo de Bion), ou seja, poder conter os sentimentos supostamente negativos, desagradáveis, despertados dentro do terapeuta. Caso contrário, a capacidade de interpretar será muito prejudicada.

Transferência de defesa. Anna Freud prosseguiu em alguns esboços do pai e descreveu a transferência de defesa (1936) como um recurso do ego para uma determinada pessoa se proteger, como fizera no passado, numa tentativa de evitar as dolorosas consequências dos impulsos sexuais e agressivos. Por exemplo, o(a) paciente aparentar uma capa agressiva como escudo protetor de latentes sentimentos amorosos. A mesma autora introduz o conceito de *atuar dentro da transferência*, no qual a transferência se intensifica e se extravasa do consultório para a vida cotidiana do paciente.

Neurose de transferência. É útil traçar uma diferença entre o surgimento, na situação analítica, de *momentos transferenciais* e a instalação de uma *neurose de transferência*. Neste último caso, quer se trate de aparecimento precoce ou tardio, o analisando vive de forma intensa e continuada uma forte carga emocional investida na pessoa do seu psicanalista, que transborda para fora da sessão e lhe ocupa uma grande fatia do tempo e espaço mental. Além disso, o paciente fica algo confuso por não saber se seu amor é verdadeiro ou é imaginário, conforme insiste seu terapeuta.

Transferência erótica e erotizada. Em 1915, Freud referiu-se ao amor de transferência como uma complicação do processo psicanalítico, que acontece com relativa frequência, no qual o paciente diz-se apaixonado pelo seu analista. Embora reconhecesse o caráter defensivo dessa forma resistencial, Freud alertava os



terapeutas para que não confundissem essa reação “amorosa”, impregnada de um “faz de conta”, com um amor verdadeiro, não obstante, muitas vezes o amor ser verdadeiro quando se restringe a sentimentos afetuosos de gratidão. No entanto, Freud advertia quanto aos *casos graves de amor transferencial* e referia-se a suas pacientes “históricas” como *meninas que, por natureza de uma pulsão elementar, recusavam aceitar o que se passava no seu psiquismo em lugar do falso amor que julgavam ser concreto*. Como vemos, a transferência de características eróticas adquire um largo espectro de possibilidades, desde os sentimentos afetuosos até o outro pólo de uma intensa atração sexual pelo terapeuta, atração que se converte em um desejo sexual obcecado, permanente, consciente, egossintônico e resistente a qualquer tentativa de análise séria. O primeiro caso alude à transferência *erótica*, enquanto o segundo refere-se à transferência *erotizada*.

Dois sérios riscos podem, pois, acompanhar a instalação da transferência erotizada no campo analítico. Uma é a que, diante da não gratificação do psicanalista dessas demandas sexuais, este recorra a *actings fora da situação analítica que podem adquirir características de grave malignidade*. Freud chegou a sugerir que a única forma de tratar esses casos é a da tentativa de mudar de analista, ou da interrupção da análise. O segundo risco, igualmente maligno, é que a análise, a partir dessa transferência de *natureza perversa, possa descambar para uma perversão da transferência, inclusive com a possível eventualidade de o analista nela envolver-se, fato que está longe de ser uma raridade*.

Transferência especular. Na atualidade, é consensual entre os psicanalistas que a transferência não expressa unicamente um *conflito interno*, mas também traduz os problemas de *déficits* com os respectivos *vazios*. Nesse caso, próprio de pacientes com fortes fixações em etapas primitivas, nas quais as necessidades emocionais básicas não foram suficientemente satisfeitas pelos cuidados de uma adequada maternagem (por parte de mãe e pai), a transferência assume características de *uma busca de algo em alguém* (o analista). Essa busca tanto pode ser a *de uma fusão* com quem representa a mãe internalizada (o analista), ou a busca de um *continente* (na concepção de Bion), ou seja, espera-se que o terapeuta possa conter as angústias e necessidades do paciente. Ou ainda, pode tratar-se da procura de um *espelho* (daí o termo *especular*), no sentido de o *analista-espelho* conseguir refletir o que se passa nas antigas faltas, falhas e vestígios de vazios do paciente e também refletir, reconhecer e devolver ao paciente a imagem de sua antiga autoidealização. Sabe-se que essa é vitalmente necessária para este paciente sentir que, de fato, ele *existe* e é valorizado.

Muitas vezes, um dos papéis do analista é o de transitoriamente assumir a função de *ego auxiliar*, no significado de preencher antigos vazios, ao mesmo



tempo que, gradativamente vá construindo com esse paciente típico da *patologia do vazio* um processo de *diferenciação*, de libertar-se da fusão simbiótica, processo que lhe possibilite adquirir uma *separação*, *individuação* e posterior *autonomia* (o leitor deve estar reconhecendo a influência de Margareth Mahler).

Transferência perversa. O termo “perverso” deve, aqui, ser entendido como um *desvio da normalidade*, porém não deve ser tomado como sinônimo de uma *perversão* clinicamente configurada como tal. Assim, é comum que os pacientes em geral, de alguma forma, tentem perverter as combinações que aceitaram em relação ao *setting* analítico, procurando modificar as “regras do jogo”, traduzidas nas formas de pagamento, privilégios, provocações. Comumente, nada do mencionado acima representa algum risco à análise, desde que o analista, embora com alguma flexibilidade, não saia de seu *lugar e função de psicanalista*. No entanto, em se tratando de pacientes predominantemente *psicopatas* (ou histéricos) em grau elevado, essa atitude transferencial perversa pode se constituir numa constante a exigir redobrados esforços do terapeuta. Por vezes as sucessivas atuações podem definir uma condição de *não analisabilidade*.

Meltzer (1973) foi o autor que mais consistentemente estudou a *perversão da transferência*, apontando para o risco de formação de um *conluio perverso* entre o par analítico, que consiste em um jogo de seduções por parte do paciente (cabe acrescentar a hipótese de as seduções partirem do analista). Na hipótese de o analista envolver-se num conluio que se estabiliza, acontecerá que o paciente, segundo Meltzer, ao invés de reconhecer as suas limitações e conflitos, verá o seu analista *como uma prostituta, uma ama-de-leite viciada na prática da psicanálise e incapaz de conseguir melhores pacientes*.

Aliança terapêutica. Essa denominação pertence à psicanalista norte-americana Elisabeth Zetzel, que, em um trabalho de 1956, concebeu um aspecto importante relativo ao vínculo transferencial, ou seja, o fato de que um determinado paciente apresente uma condição mental, tanto de forma consciente, quanto inconsciente, que lhe permita manter-se *verdadeiramente aliado à tarefa do psicanalista*. Aliança terapêutica equivale a uma concepção do psicanalista Greenson (1965), que cunhou a denominação *aliança de trabalho*, com as mesmas principais características procedentes do lado sadio do paciente, que o levam a aliar-se, com alta motivação, ao seu analista. Cabe acrescentar que uma aliança terapêutica não deve ser tomada como um simples “desejo de melhorar”, tampouco como sinônimo de “transferência positiva” e, muito menos, como antônimo de “transferência negativa”. Pelo contrário, creio que o importante surgimento dessa última, em sua plenitude aparentemente negativa, muitas vezes se torna positivo nos resultados analíticos devido ao respaldo de uma “aliança terapêutica” provinda,





pelo menos, de uma parte da mente do paciente comprometida em assumir a profundidade da análise e com ela colaborar, assim enfrentando as inevitáveis dificuldades e dores.

Possíveis críticas à escola kleiniana

Ninguém mais contesta que Melanie Klein deixou uma obra muito importante na evolução do pensamento psicanalítico e nas inovações na prática psicanalítica. Além disso, ela, por meio de *analisar, supervisionar, organizar grupos de estudos, escrever e divulgar livros com contribuições originais e profundas*, assistiu candidatos que, gradativamente, tornaram-se brilhantes psicanalistas e autores reconhecidos como de enorme importância no crescimento da psicanálise no mundo todo. No entanto isso não impede que até hoje ela ainda seja alvo de muitas críticas, tanto positivas quanto, enfaticamente, negativas. Pela razão de a corrente kleiniana ser enorme na psicanálise latino-americana e ser impossível dissociar transferência de resistência e atividade interpretativa, entendi que seria útil especificar mais o que pode ser considerado um balanço das colaborações positivas ou negativas em relação à obra de M. Klein.

Críticas positivas. 1) Klein, que criou criou uma técnica própria de psicanálise com crianças e introduziu o entendimento simbólico contido nos brinquedos e jogos, continua sendo reconhecida nessa contribuição, embora muita coisa se tenha modificado; 2) Postulou a existência de um *ego* rudimentar, já no recém-nascido, o que é aceito com algumas restrições; 3) A pulsão de morte também é considerada por ela como inata e presente desde o início da vida, sob a forma de ataques invejosos e sádico-destrutivos contra o seio da mãe, mas até hoje essa concepção é criticada por muitas correntes psicanalíticas; 4) Essas pulsões, agindo dentro da mente do bebê, promovem uma terrível *angústia de aniquilamento*, o que é aceito com restrições; 5) Para contra-arrestar tais angústias intensas, o incipiente ego do bebê lança mão de mecanismos primitivos de defesa, o que, de, modo geral, é aceito; 6) Ela concebeu a mente como um universo de objetos internos, relacionados por meio de fantasias inconscientes, constituindo a realidade psíquica, o que, na atualidade, tem uma aceitação parcial; 7) Além dos objetos totais, M. Klein concebeu *objetos parciais*, de modo que figuras parentais seriam representadas unicamente por mamilo, seio bom e mau, idealizados ou persecutórios, e pênis bom e mau; 8) Concebeu uma permanente *dissociação* entre os objetos internos e também os conflitos entre as pulsões construtivas e destrutivas, o que é aceito com restrições; 9) M. Klein concebeu a noção de *posição*



– conceitualmente diferente de *fase evolutiva* – e descreveu as agora clássicas posições denominadas *esquizoparanóide e depressiva*, com aceitação unânime de todos os centros psicanalíticos; 10) Para não haver descompasso com os princípios de Freud, ela conservou as concepções freudianas relativas ao *complexo de Édipo* e ao *superego*, porém as situou em etapas mais primitivas do desenvolvimento da criança; 11) Suas concepções sobre os mecanismos arcaicos do desenvolvimento emocional primitivo possibilitaram que se abrisse a porta da psicanálise para o tratamento de crianças de qualquer idade, de psicóticos e de pacientes regressivos em geral, o que tem plena aceitação; 12) Juntamente com os ataques sádico-destrutivos da criança, com as respectivas culpas e consequentes medos de ataques persecutórios, ela postulou a importância de a criança, ou o paciente adulto na situação analítica, desenvolver uma imprescindível *capacidade para fazer reparações*, o que é aceito com restrições; 13) Klein deu uma extraordinária ênfase à importância da *inveja primária* como expressão direta da *pulsão de morte*, o que é ainda fortemente discutível; 14) A contribuição mais conhecida e aplicada na prática da clínica psicanalítica, sem dúvida, é a sua concepção do fenômeno da *identificação projetiva*, embora, posteriormente, tenha sofrido modificações por parte de Bion; 15) Como decorrência dessas concepções, ela promoveu uma significativa mudança na prática analítica, no sentido de que as *interpretações do analista fossem sistematicamente transferenciais, mais dirigidas aos objetos parciais, aos sentimentos e defesas arcaicas dos pacientes, com uma prioridade de o analista trabalhar na transferência negativa*, sobre o que predomina uma forte crítica negativa.

Críticas negativas. As maiores críticas a M. Klein partiram principalmente dos analistas da norte-americana escola da Psicologia do Ego, principalmente com as seguintes críticas: 1) não aceitam a existência inata de uma pulsão de morte nos termos descritos por M. Klein; 2) por conseguinte, repudiam a concepção de uma inveja primária agindo precocemente de uma forma destrutiva contra o seio da mãe; tampouco aceitam o exagero quanto à existência de arcaicas fantasias inconscientes, nem a de um ego inato, capaz de suportar angústias; 3) também não aceitam a concepção de um complexo de Édipo precoce (admitem a exceção nos casos de ter havido uma hiperestimulação libidinal por parte dos pais); 4) também não admitem a formação de um superego primitivo e, de imediato, cruel; 5) também entendem que M. Klein cometeu um grave erro porque, aos poucos, deixou de valorizar a realidade do meio ambiental externo, reconhecendo-a somente como confirmadora da sua concepção das fantasias inconscientes, primariamente internas e projetadas no mundo exterior; 6) igualmente esses críticos americanos acham que, muitas vezes, Klein confunde ansiedade psicótica com



psicose clínica e dá a entender que a criança pequena sempre é um ser submerso em meio a terríveis ansiedades, o que não corresponde à verdade dos fatos. Há outras críticas similares, como as que se dirigem às interpretações kleinianas, que enfatizariam em demasia os aspectos destrutivos. Particularmente concordo tanto com as críticas positivas, com algumas restrições em algumas delas, quanto com as negativas. Especificamente em relação à transferência, uma crítica possível é a de que, há algumas décadas, as “interpretações” ficaram praticamente girando em torno das transferências, de modo que, se o analista se equivocasse no significado dado a alguma manifestação do paciente, sua interpretação inevitavelmente também seria equivocada e, muitas vezes, de resultados injustos e patogênicos. O exagero na supervalorização das transferências era tanto que, em muitos institutos, qualquer apresentação de caso clínico que não se baseasse fundamentalmente nas “interpretações das supostas transferências”, por melhor que fosse o caso apresentado, era considerada como *não psicanalítica*; 7) Esse entendimento da transferência acarretou profundas modificações na forma e no conteúdo das *interpretações* do psicanalista, tanto de forma positiva (pelo contato mais próximo das primitivas fixações, muitas vezes de antigos traumas), quanto negativa. No entanto, na prática da clínica psicanalítica preconizada por Klein e seguidores, só seria considerada “psicanálise de verdade” se as transferências estivessem permanentemente na tela em foco. Fato que, não raramente, obrigava os candidatos em formação a se tornarem *caçadores de transferências* no material clínico de seu paciente. E, algo pior, a formulação das “interpretações” adquiria uma forma *reducionista*, isto é, dissesse o paciente o que dissesse, o candidato procurava reduzir a interpretação ao clássico modelo de décadas passadas, na base de “isso que estás me narrando nessa sessão de hoje é uma forma de me dizeres que estás com ódio de mim, aqui, agora, como lá e então”; 8) Muitas vezes, algum candidato à formação como psicanalista ficava confuso e desconfortado quando devia apresentar um caso clínico numa assembleia no seu Instituto, pelo receio de que seu trabalho, por melhor que fosse, não tivesse um enfoque prioritário e totalitário nas interpretações das transferências, de preferência as negativas, e por isso poderia receber a sentença que apavorava todos os candidatos: *O teu trabalho está bom como psicoterapia, mas, como contém poucas interpretações na transferência, vamos ser sinceros, não é psicanálise, de verdade!*; 9) Para finalizar, não é demais repisar que o fundamental numa análise é o *vínculo* que se estabelece entre paciente e psicanalista, a maneira como um influencia o outro e vice-versa. Neste contexto é útil enfatizar que o papel do analista, entre outras funções, é o de ser uma pessoa “boa” (cuidado, não confundir com “bonzinho”) que gosta de seu paciente, acredita nas suas potencialidades e



capacidades, é seu amigo (não confundir com “amiguinho”) e sabe *reconhecer* seus progressos, por pequenos que sejam. No aspecto transferencial, é útil lembrar que muitos pacientes querem “comandar” a análise (geralmente são pacientes bastante narcisistas). Outra particularidade importante é o fato de que toda pessoa, no seu interior, conserva uma espécie de *script*, à moda de uma peça teatral, ou um filme, com um enredo que reproduz as suas primitivas cenas da dinâmica da família, inclusive de alguns fortes *traumas* (palavra grega que, em português, significa feridas) que ficam “imantados” numa paradoxal atração, tal como um eletroímã atrai metais, por repetir traumas passados. Na sua vida exterior, sua atração será por alguém que represente um papel que se encaixe no enredo de sua peça teatral no cenário de seu psiquismo. Pois bem, essa busca de novos “atores e atrizes” que reproduzam a encenação do mesmo enredo pode acontecer no vínculo da dupla analítica. Assim sendo, o reconhecimento de um sentimento contratransferencial pode ajudar bastante o analista a não cair em certas armadilhas provindas do inconsciente e que se manifestam na transferência. □

Abstract

From 1912 to 2012: the evolution of transference in the psychoanalytical practice from Freud to contemporary psychoanalysis

The author reviews the evolution of the concept of transference in the psychoanalytical literature from the first publications by Freud and Breuer, passing by Klein, Rosenfeld, Meltzer, Kohut, Winnicott, Lacan and Bion. He then ponders on the different transference modalities that may be present in the psychoanalytic process: defense transference, extra-transference, positive, negative, idealizing, transference neurosis, erotic, specular, therapeutic alliance. The author concludes relating the many positive and negative criticism made by psychoanalytic literature to the Freudian and Kleinian schools in regard to the way they face the phenomenon of transference.

Keywords: Transference. Evolution of the concept. Transference modalities. Criticism.



Resumen

De 1912 a 2012: la evolución de la transferencia en la práctica psicoanalítica de Freud al psicoanálisis contemporáneo

El autor revisa la evolución del concepto de transferencia en la literatura psicoanalítica desde las primeras publicaciones de Freud y Breuer, pasando por Klein, Rosenfeld, Meltzer, Kohut, Winnicott, Lacan y Bion. A continuación, discurre sobre las diferentes modalidades de transferencias que pueden estar presentes en el proceso psicoanalítico: transferencia de defensa, extra-transferencia, positiva, negativa, idealizadora, neurosis de transferencia, erótica, especular, alianza terapéutica. Finaliza relacionando las distintas críticas positivas y negativas que la literatura psicoanalítica hace a las posiciones de las escuelas freudiana y kleiniana en lo que se refiere al modo de encarar el fenómeno de la transferencia.

Palabras llave: Transferencia. Evolución del concepto. Modalidades de transferencias. Críticas.

Referências

- AZOUBEL NETO, D. (1993). *Mito e psicanálise. Estudos psicanalíticos sobre formas primitivas de pensamento*. Campinas: Papirus.
- BION, W. R. (1965). *Transformações: mudança do aprendizado ao crescimento*. Rio de Janeiro: Imago, 1984.
- FAIRBAIRN, W. R. D. (1962). *Estudio psicoanalítico de la personalidad*. Buenos Aires: Hormé.
- _____. (1975). *Las histerias*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- FRANCISCATO, C. R. (2004). A sedução do mito. *Revista Thot*, n. 28, abril.
- FREUD, A. (1936). *O ego e os mecanismos de defesa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1974.
- FREUD, S.; BREUER, J. (1895). Estudos sobre a histeria. In: *Edição standard brasileira de obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. v. 2. Rio de Janeiro: Imago, 1969.
- FREUD, S. (1905). Fragmentos da análise de um caso de histeria. In: *Edição standard brasileira de obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. v. 7. Rio de Janeiro: Imago, 1972.
- _____. (1912). A dinâmica da transferência. In: *Edição standard brasileira de obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. 12. Rio de Janeiro: Imago, 1969.
- _____. (1914). Sobre o narcisismo: uma introdução, v. 14. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, p. 16-154.
- _____. (1915). Observações sobre o amor transferencial. In: *Edição standard brasileira das obras de Sigmund Freud*. v. 12. Rio de Janeiro: Imago; 1977, p. 208-21.
- _____. (1916-1917). Conferências introdutórias sobre psicanálise, parte III: teoria geral das neuroses. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. v. 16. Rio de Janeiro: Imago, 1969.
- _____. (1920). Além do princípio do prazer. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. 18. Rio de Janeiro: Imago, 1971.



- _____. (1937). Análise terminável e interminável. In: *Moisés e o monoteísmo. Esboço de psicanálise e outros trabalhos*. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v. 23. Rio de Janeiro: Imago, 1969, p. 231-270.
- _____. (1938). Esboço de psicanálise. In: *Moisés e o monoteísmo. Esboço de psicanálise e outros trabalhos*. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v. 23. Rio de Janeiro: Imago, 1969, p. 157-221.
- GREENSON, R. (1965). The working alliance and the transference neurosis. *Psychoanalytic Quarterly*. v. 34, p. 155-181.
- JOSEPH, B. (1985). O paciente de difícil acesso. In: FELDMAN, M.; SPILLIUS, E. B. *Equilíbrio psíquico e mudança psíquica*. Rio de Janeiro: Imago.
- KLEIN, M. (1952) As origens da transferência. In: *Inveja e gratidão e outros trabalhos, 1946-1963*. Rio de Janeiro: Imago, 1991.
- KOHUT, H. (1971). *A análise do self*. Rio de Janeiro: Imago, 1988.
- LACAN, J. (1949-60). *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- LEMLICH, M. (1989). *Mitos universais, americanos e contemporâneos: um enfoque multidisciplinar*. Sociedade Peruana de Psicanálise. Cuzco, 1989.
- MELTZER, D. (1973). *Estados sexuais da mente*. Rio de Janeiro: Imago, 1979.
- MIJOLLA, A. de (1985). Pensamentos de Freud. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- QUINODOZ, J. M. (2007). *Ler Freud*. Guia de leitura da obra de S. Freud. Porto Alegre: Artmed.
- ROSENFELD, H. (1971). Contribution to the psychopathology of psychotic states: the importance of projective identification in the ego structure and the object relations of the psychotic patient. In: DOUCET, P.; LAURIN, C. (Eds.). *Problems of psychosis*. Amsterdam: Excerpta Medica.
- _____. (1978). A psicose de transferência no paciente psicótico fronteiriço. *Revista Brasileira de Psicanálise*. v. 23, n. 3. 1989.
- STEINER, J. (1997). *Refúgios psíquicos: organizações patológicas em pacientes psicóticos, neuróticos e fronteiriços*. Rio de Janeiro: Imago..
- WINNICOTT, D. (1975). Objetos e fenômenos transicionais. In: *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.
- ZETZEL, E-R. (1956). Current concepts of transference. *Int. J. of Psychoanal.*, v. 37, p. 369.
- ZIMMERMAN, D. (1999). *Fundamentos psicanalíticos. Teoria, técnica e clínica*. Porto Alegre: Artmed. p. 341.
- _____. (2010). *Os quatro vínculos: amor, ódio, conhecimento e reconhecimento*. Porto Alegre: Artmed.

Recebido em 02/04/21012

Aceito em 24/05/2012

Revisão técnica de **Cátia Olivier Mello**

David Epelbaum Zimmerman

Rua Com. Caminha, 286/404

90430-030 – Porto Alegre – RS – Brasil

e-mail: dgzimer@terra.com.br

© Revista de Psicanálise – SPPA