

A DINÂMICA DA TRANSFERÊNCIA (1912)

TÍTULO ORIGINAL: "ZUR DYNAMIK DER
ÜBERTRAGUNG". PUBLICADO PRIMEIRAMENTE
EM *ZENTRALBLATT FÜR PSYCHOANALYSE*
[FOLHA CENTRAL DE PSICANÁLISE], V. 2, N. 4,
PP. 167-73. TRADUZIDO DE *GESAMMELTE
WERKE* VIII, PP. 364-74; TAMBÉM SE ACHA
EM *STUDIENAUSGABE, ERGÄNZUNGSBAND*
[VOLUME COMPLEMENTAR], PP. 157-68.
ESTA TRADUÇÃO FOI PUBLICADA
ORIGINALMENTE EM *JORNAL DE PSICANÁLISE*,
SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICANÁLISE
DE SÃO PAULO, V. 31, N. 57, PP. 251-8,
SETEMBRO DE 1998; ALGUMAS DAS
NOTAS DO TRADUTOR FORAM OMITIDAS
NA PRESENTE EDIÇÃO.

A “transferência”, um tema quase inesgotável, foi recentemente abordado de modo descritivo por W. Stekel nesta *Zentralblatt*. Desejo agora acrescentar algumas observações que levem a entender como surge necessariamente a transferência numa terapia analítica e como ela chega a desempenhar seu conhecido papel no tratamento.

Tenhamos presente que todo ser humano, pela ação conjunta de sua disposição inata e de influências experimentadas na infância, adquire um certo modo característico de conduzir sua vida amorosa, isto é, as condições que estabelece para o amor, os instintos que satisfaz então, os objetivos que se coloca.¹ Isso resulta, por assim dizer, num clichê (ou vários), que no curso da vida é regularmente repetido, novamente impresso, na medida em que as circunstâncias externas e a natureza dos objetos amorosos acessíveis o permitem, e que sem dúvida não é inteiramente imutável diante de impressões recentes. Nossas observações mostraram que somente uma parte desses impulsos que determinam a vida amorosa perfaz o desenvolvimento psíquico; essa parte está dirigida para a realidade, fica à disposição da personalidade consciente e constitui uma porção desta. Outra parte desses impulsos libidinais foi detida em seu desenvolvimento, está separada tanto da personalidade consciente como da realidade, pôde expandir-se apenas na fantasia ou permaneceu de todo no inconsciente, de forma que é desconhecida para a consciência da personalidade. Aquele cuja necessidade de amor não é completamente satisfeita pela realidade se voltará para toda pessoa nova com expectativas libidinais,* e é bem provável que as duas porções de sua libido, tanto a capaz de consciência quanto a inconsciente, tenham participação nessa atitude.

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. Conforme nossa premissa, tal investimento se apegará a modelos, se ligará a um dos clichês presentes no indivíduo em questão ou, como podemos também dizer, ele incluirá o médico numa das “séries” que o doente formou até então. Combina

com os laços reais com o médico o fato de nessa inclusão ser decisiva a “imagem paterna” (para usar a feliz expressão de Jung).² Mas a transferência não se acha presa a esse modelo, pode também suceder conforme a imagem da mãe, do irmão etc. As peculiaridades da transferência para o médico, em virtude das quais ela excede em gênero e medida o que se justificaria em termos sensatos e racionais, tornam-se inteligíveis pela consideração de que não só as expectativas conscientes, mas também as retidas ou inconscientes produziram essa transferência.

Sobre essa conduta da transferência não haveria mais o que dizer ou cismar, se dois pontos de especial interesse para o analista não permanecessem inexplicados. Em primeiro lugar, não entendemos por que a transferência, nos indivíduos neuróticos em análise, ocorre muito mais intensamente do que em outros, que não fazem psicanálise; em segundo lugar, continua sendo um enigma que a transferência nos apareça como *a mais forte resistência* ao tratamento, enquanto fora da análise temos que admiti-la como portadora da cura, como condição do bom sucesso. Pois observamos — e é uma observação que pode ser repetida à vontade — que, quando as associações livres de um paciente falham,³ a interrupção pode ser eliminada com a garantia de que no momento ele se acha sob o domínio de um pensamento ligado à pessoa do médico ou a algo que lhe diz respeito. Tão logo é feito esse esclarecimento, a interrupção acaba, ou a situação muda: a cessação dá lugar ao silenciamento do que ocorre ao paciente.

À primeira vista parece uma imensa desvantagem metodológica da psicanálise o fato de nela a transferência, ordinariamente a mais forte alavanca do sucesso, tornar-se o mais poderoso meio de resistência. Olhando mais atentamente, porém, ao menos o primeiro dos dois problemas é afastado. Não é correto que durante a psicanálise a transferência surja de modo mais intenso e desenfreado que fora dela. Em instituições onde os doentes de nervos são tratados não analiticamente, observam-se as maiores intensidades e as mais indignas formas de uma transferência que beira a servidão, e também o seu

inequívoco matiz erótico. Uma observadora sutil como Gabriele Reuter mostrou isso quando ainda não se falava em psicanálise, num livro notável que deixa transparecer as melhores percepções da natureza e da origem das neuroses.⁴ Essas características da transferência não devem, portanto, ser lançadas à conta da psicanálise, mas atribuídas à neurose mesma. O segundo problema continua de pé.

Esse problema — a questão de por que a transferência nos surge como resistência na psicanálise — devemos agora abordar. Vejamos a situação psicológica do tratamento. Uma precondição regular e indispensável de todo adoecimento neurótico é o processo que Jung designou adequadamente como *introversão* da libido.⁵ Ou seja: diminui a porção da libido capaz de consciência, voltada para a realidade, e aumenta no mesmo grau a porção afastada da realidade, inconsciente, que ainda pode alimentar as fantasias da pessoa, mas que pertence ao inconsciente. A libido (no todo ou em parte) tomou a via da regressão e reanimou as imagens infantis.⁶ A terapia analítica segue-a então, procurando achá-la, torná-la novamente acessível à consciência, pô-la a serviço da realidade. Ali onde a investigação psicanalítica depara com a libido recolhida em seus esconderijos, uma luta tem de irromper; todas 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 exterior (nos termos mais gerais: pela frustração da satisfação) e não fosse adequada para o momento, não poderia em absoluto efetuar-se. Mas as resistências que têm essa origem não são as únicas, nem mesmo as mais fortes. A libido à disposição da personalidade sempre estivera sob a atração dos complexos inconscientes (mais corretamente, das partes desses complexos que pertencem ao inconsciente), e caiu na regressão porque a atração da realidade havia relaxado. Para libertá-la, essa atração do inconsciente tem que ser superada, isto é, a repressão dos instintos inconscientes e de suas produções, desde então constituída no indivíduo, tem que ser eliminada. Disso vem a parte

maior, bem maior da resistência, que frequentemente faz a doença persistir, mesmo quando o afastamento da realidade perdeu sua justificativa momentânea. A psicanálise tem de lidar com as resistências das duas fontes. A resistência acompanha o tratamento passo a passo; cada pensamento, cada ato do analisando precisa levar em conta a resistência, representa um compromisso entre as forças que visam a cura e as aqui descritas, que a ela se opõem.

Seguindo um complexo patogênico desde sua representação no consciente (seja evidente, na forma de sintoma, seja bastante discreto) até sua raiz no inconsciente, logo se chega a uma região em que a resistência vigora tão claramente que a associação seguinte tem de levá-la em conta e aparecer como compromisso entre as suas exigências e as do trabalho de investigação. É então, segundo nossa experiência, que surge a transferência. Quando algo do material do complexo (do conteúdo do complexo) se presta para ser transferido para a pessoa do médico, ocorre essa transferência; ela produz a associação seguinte e se anuncia mediante sinais de resistência como uma interrupção, por exemplo. Dessa experiência inferimos que essa ideia transferencial irrompeu até à consciência antes de todas as outras associações possíveis *porque* satisfaz também a resistência. Algo assim se repete inúmeras vezes no curso de uma análise. Sempre que nos avizinhamos de um complexo patogênico, a parte desse complexo capaz de transferência é empurrada para a consciência e defendida com enorme tenacidade.⁷

Após sua superação, a dos outros componentes do complexo não traz maior dificuldade. Quanto mais tempo dura uma terapia analítica, e quanto mais claramente o analisando reconhecer que apenas distorções do material patogênico não o protegem de ser revelado, mais conseqüentemente ele se serve do tipo de distorção que claramente lhe oferece as maiores vantagens, a distorção pela transferência. Essas circunstâncias tendem para uma situação em que afinal todos os conflitos têm que ser decididos no âmbito da transferência.

Assim, a transferência na análise sempre nos aparece, de imediato, apenas como 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 referimos à prontidão da libido, que permaneceu de posse de imagos infantis; mas só chegamos ao esclarecimento de seu papel na terapia se abordamos os seus vínculos com a resistência.

Por que a transferência se presta assim admiravelmente a servir como meio de resistência? Seria de crer que a resposta a essa pergunta deve ser fácil. Pois é claro que a confissão de todo desejo proibido é especialmente dificultada, quando deve ser feita à própria pessoa à qual ele diz respeito. Tal imposição leva a situações que parecem quase inviáveis no mundo real. É precisamente isso o que pretende alcançar o analisando, quando faz coincidir o objeto de seus impulsos afetivos com o médico. Uma reflexão mais atenta mostra, porém, que esse aparente ganho não pode trazer a solução do problema. Uma relação de terno e dedicado afeto pode, pelo contrário, ajudar a vencer todas as dificuldades da admissão. Em condições reais análogas costuma-se dizer: “Na sua frente não me envergonho, a você posso falar tudo”. A transferência para o médico poderia igualmente facilitar a confissão, não se compreendendo por que a dificulta.

A resposta a essa questão, que repetidamente colocamos aqui, não será obtida mediante mais reflexão, mas pelo que se aprende na investigação das resistências transferenciais da terapia. Nota-se, por fim, que não é possível entender o uso da transferência para a resistência, se pensamos tão só em “transferência”. É preciso resolver-se a distinguir uma transferência “positiva” de uma “negativa”, a transferência de sentimentos ternos daquela hostil, e tratar diferentemente os dois tipos de transferência para o médico. A transferência positiva decompõe-se ainda na dos sentimentos amigáveis ou ternos que são capazes de consciência, e na dos prolongamentos destes no inconsciente. Quanto aos últimos, a psicanálise mostra que via de regra remontam a fontes eróticas, de maneira que temos de chegar à compreensão de que todos os nossos afetos de simpatia, amizade, confiança etc., tão proveitosos na vida, ligam-

se geneticamente à sexualidade e se desenvolveram, por enfraquecimento da meta sexual, a partir de anseios puramente sexuais, por mais puros e não sensuais que se apresentem à nossa autopercepção consciente. Originalmente só conhecemos objetos sexuais; a psicanálise nos faz ver que as pessoas que em nossa vida são apenas estimadas ou respeitadas podem ser ainda objetos sexuais para o inconsciente dentro de nós.

A solução do enigma é, portanto, que a transferência para o médico presta-se para resistência na terapia somente na medida em que é transferência negativa, ou transferência positiva de impulsos eróticos reprimidos. Se “abolimos” a transferência tornando-a consciente, apenas desligamos da pessoa do médico esses dois componentes do ato afetivo; o outro componente, capaz de consciência e não repulsivo, subsiste e é o veículo do sucesso na psicanálise, exatamente como em outros métodos de tratamento. Até então admitimos de bom grado que os resultados da psicanálise se basearam na sugestão; mas deve-se entender por sugestão aquilo que, juntamente com Ferenczi,⁸ nela encontramos: a influência sobre um indivíduo por meio dos fenômenos de transferência nele possíveis. Nós cuidamos da independência final do paciente ao utilizar a sugestão para fazê-lo realizar um trabalho psíquico que terá por consequência necessária uma duradoura melhora da sua situação psíquica.

Pode-se ainda perguntar por que os fenômenos de resistência da transferência surgem somente na psicanálise, e não num tratamento indiferenciado, por exemplo, em instituições. A resposta é: eles se mostram também ali, mas têm de ser apreciados como tais. A irrupção da transferência negativa é até mesmo frequente nas instituições. Tão logo o doente cai sob o domínio da transferência negativa, ele deixa a instituição sem ter mudado ou tendo piorado. A transferência erótica não age tão inibidoramente em instituições, pois ali, como na vida, é atenuada, em vez de revelada. Manifesta-se bem nitidamente como resistência à cura, porém; não ao tirar o doente da instituição — pelo contrário, ela o retém lá —, mas ao mantê-lo afastado da vida. Pois para a cura não

importa se o doente internado supera essa ou aquela angústia ou inibição; interessa é que também na realidade de sua vida ele se livre delas.

A transferência negativa merece uma apreciação mais detalhada, que não pode ser feita nos limites deste trabalho. Nas formas curáveis de psiconeuroses ela se acha ao lado da transferência afetiva, com frequência dirigida simultaneamente à mesma pessoa — para esse fato* Bleuler cunhou a feliz expressão “ambivalência”.⁹ Tal ambivalência de sentimentos parece normal até uma certa medida, mas um alto grau de ambivalência dos sentimentos é sem dúvida uma peculiaridade dos neuróticos. Na neurose obsessiva, uma precoce “separação dos pares de opostos” parece ser característica da vida instintual e representar uma de suas precondições constitucionais. A ambivalência nas inclinações afetivas é o que melhor explica a capacidade de os neuróticos porerem suas transferências a serviço da resistência. Quando a capacidade de transferência torna-se essencialmente negativa, como nos paranoicos, acaba a possibilidade de influência e de cura.

Mas em toda essa discussão apreciamos, até aqui, apenas um lado do problema da transferência; é necessário voltar nossa atenção para outro aspecto do mesmo tema. Quem teve a impressão correta de como o analisando é lançado para fora de suas reais relações com o médico assim que cai sob o domínio de uma formidável resistência de transferência, como ele então se permite a liberdade de ignorar a regra psicanalítica básica, a de que se deve informar de maneira acrítica tudo o que vier à mente, como esquece os propósitos com que iniciou o tratamento, e como nexos e conclusões lógicas que pouco antes lhe haviam feito enorme impressão se lhe tornam indiferentes — esse terá necessidade de explicar tal impressão a partir de outros fatores que não os mencionados aqui, e eles não se acham distantes, afinal: resultam novamente da situação psicológica em que a terapia colocou o paciente.

Na busca da libido que se extraviou do consciente penetramos no âmbito do inconsciente. As reações que obtemos trazem então à luz algumas das características dos processos inconscientes que chegamos a conhecer pelo estudo

dos sonhos. Os impulsos inconscientes não querem ser lembrados como a terapia o deseja, procurando, isto sim, reproduzir-se, de acordo com a atemporalidade e a capacidade de alucinação do inconsciente. Tal como nos sonhos, o doente atribui realidade e atualidade aos produtos do despertar de seus impulsos inconscientes; ele quer dar corpo* a suas paixões, sem considerar a situação real. O médico quer levá-lo a inserir esses impulsos afetivos no contexto do tratamento e no da sua história, a submetê-los à consideração intelectual e conhecê-los** segundo o seu valor psíquico. Essa luta entre médico e paciente, entre intelecto e vida instintual, entre conhecer e querer “dar corpo”, desenrola-se quase exclusivamente nos fenômenos da transferência. É nesse campo que deve ser conquistada a vitória, cuja expressão é a permanente cura da neurose. 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 ocultos e esquecidos dos pacientes, pois afinal é impossível liquidar alguém *in absentia* ou *in effigie*.

1 Este é o momento de nos defendermos da injusta objeção de que teríamos negado a importância dos fatores inatos (constitucionais), por ressaltarmos as impressões infantis. Uma tal objeção deriva da estreiteza da necessidade causal das pessoas, que, contrariamente à configuração habitual da realidade, quer se satisfazer com um único fator causador. A psicanálise manifestou-se bastante acerca dos fatores acidentais da etiologia e pouco a respeito dos constitucionais, mas somente porque pôde contribuir com algo novo para aqueles, enquanto sobre estes não sabia mais do que o que geralmente se sabe. Nós nos recusamos a estabelecer em princípio uma oposição entre as duas séries de fatores etiológicos; supomos, isto sim, uma regular colaboração de ambas para produzir o efeito observado. *Δαίμων και Τυ'χη* [Disposição e Acaso] determinam o destino de um ser humano; raramente, talvez nunca, apenas um desses poderes. Só individualmente será possível avaliar como se divide entre os dois a eficácia etiológica. A série na qual se arranjam as magnitudes variáveis dos dois fatores também terá seus casos extremos. Segundo o estágio de nosso conhecimento, estimaremos de modo diverso a parte da constituição ou da experiência em cada caso individual, mantendo o direito de

modificar nosso juízo conforme a mudança em nossa compreensão. Aliás, pode-se ousar ver a constituição mesma como o precipitado das influências acidentais sobre a infinita série dos antepassados.

* "Expectativas libidinais": *libidinöse Erwartungsvorstellungen* — nas versões estrangeiras consultadas durante a elaboração desta encontramos: *representaciones libidinosas* (trad. L. Lopez-Ballesteros y de Torres. *Obras completas* II. Madri: Biblioteca Nueva, 3ª ed., 1973, p. 1648), *representaciones-expectativa libidinosas* (trad. José L. Etcheverry. *Obras completas* XII. Buenos Aires: Amorrortu, 4ª reimpressão da 2ª ed., 1993, p. 98), *un certain espoir libidinal* (trad. Anne Berman. *La technique psychanalytique*. Paris: PUF, 5ª ed., 1975, p. 51), *libidinal anticipatory ideas* (James Strachey. *Standard edition*, v. XII. Londres: Hogarth Press, 1958, p. 100), *libidineuze verwachtingsvoorstellingen* (Wilfred Oranje. *Nederlandse Editie, Klinische Beschouwingen* 4. Amsterdã: Boom, 1992, p. 74). Optamos por usar apenas "expectativa" para traduzir *Erwartungsvorstellung*, por entender que a palavra já compreende "ideia" ou "representação"; seria estranho falar de "representações ou ideias expectantes".

2 *Wandlungen und Symbole der Libido* Transformações e símbolos da libido], 1911, p. 164.

3 Quero dizer, quando realmente cessam, e não, por exemplo, quando ele silencia em virtude de um banal sentimento de desprazer.

4 *Aus guter Familie* [De boa família], Berlim, 1895.

5 Embora várias manifestações de Jung levem a pensar que ele vê nessa introversão algo característico da *dementia praecox*, que não tem a mesma importância em outras neuroses.

6 Seria cômodo dizer que ela reinvestiu os "complexos" infantis; mas não seria justo. Justificável seria apenas "as partes inconscientes desses complexos". A natureza intrincada do assunto deste trabalho torna tentador o exame de vários problemas vizinhos, cujo esclarecimento seria de fato necessário, para que pudéssemos falar inequivocamente dos processos psíquicos que aqui se descreve. Tais problemas são: a delimitação recíproca da introversão e da regressão, o ajustamento da teoria dos complexos à teoria da libido, as relações do fantasiar com o consciente e o inconsciente, assim como com a realidade etc. Não preciso desculpar-me por haver resistido a essas tentações neste momento.

7 Do que não é lícito concluir, porém, que em geral o elemento escolhido para a resistência transferencial tem uma importância patogênica particular. Se, numa batalha pela posse de uma pequena igreja ou de uma propriedade, os soldados lutam com particular empenho, não precisamos supor que a igreja seja um santuário nacional, ou que a casa abrigue o tesouro do exército. O valor dos objetos pode ser puramente tático, existindo talvez durante uma batalha somente.

* "É explicado": *ist erledigt*. O verbo *erledigen* se traduz, em princípio, por "resolver, dar conta de, liquidar"; nas versões consultadas: *queda explicado, se averigua, on explique, is dealt with, is geliquideerd*.

8 S. Ferenczi, "Introjektion und Übertragung" [Introjeção e transferência], *Jahrbuch für Psychoanalyse*, v. I, 1909.

* "Fato": *Sachverhalt* — nas versões consultadas: *situación, estado de cosas, état de choses, phenomenon, stand van saken*.

9 E. Bleuler, "Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien", *Aschaffenburgs Handbuch der Psychiatrie*, 1911; palestra sobre a ambivalência em Berna, 1910, referida em *Zentralblatt für Psychoanalyse*, v. I, p. 266. Para os mesmos fenômenos Stekel havia sugerido a designação de "bipolaridade".

* "Dar corpo": *agieren* — nas versões estrangeiras consultadas: *dar alimento, actuar, mettre en actes, put into action, ageren*.

** *Erkennen* — um verbo que admite vários sentidos ou nuances de sentido, como se vê pelas diferentes escolhas dos cinco tradutores a que recorremos: *estimar, discernir, apprécier, understand, onderkennen* ("reconhecer").