

O MANEJO DA TRANSFERÊNCIA: ARTICULAÇÕES ENTRE FREUD E WINNICOTT A PARTIR DE “ESBOÇO DE PSICANÁLISE”

Priscila Frehse Pereira Robert

Esboço de Psicanálise foi escrito por Freud de julho a setembro de 1938, em Londres. Freud refere-se a este trabalho como uma “ocupação divertida” e um “trabalho de férias” (GAY, 1989, p. 572). Na época, recém-chegado a Inglaterra, esforçava-se para deixar para trás as dificuldades dos últimos tempos na Áustria e se preocupava com o futuro do movimento psicanalítico. Embora despretensioso, escrito em pouco tempo, com muitas abreviaturas, abandonado por Freud e publicado postumamente, em 1940, o *Esboço* consiste em apresentação lúcida, concisa e consistente dos principais conceitos psicanalíticos.

Tanto Peter Gay (1989) quanto Ernst Jones (1996) são enfáticos ao diferenciar o *Esboço* das outras tentativas de Freud de apresentar de maneira resumida sua teoria, normalmente dirigidas a leigos. *Esboço* exige um conhecimento prévio da teoria psicanalítica, pois apresenta os principais conceitos de maneira amadurecida, sem esforço retórico e explicitando problemas clínicos relativos à direção de tratamento e manejo da transferência, sobretudo na Parte II, que é o foco do presente trabalho.

Ao tratar do tratamento psicanalítico, Freud talvez inspirado pelos ares da época, utiliza-se de uma metáfora bélica: o “plano de cura” consiste em aliança entre o ego enfraquecido do paciente e o analista para lutar contra os inimigos: as exigências do id e do superego. A aliança baseia-se na conhecida regra: o paciente oferece sua sinceridade e a adesão à regra fundamental da psicanálise (dizer o que sabe e o que não sabe) e o analista, por sua vez, oferece descrição, conhecimento e interpretação. O objetivo é dominar zonas do id ou eliminar definitivamente zonas do id estrangeiras para o ego. Não poderia tratar desta aliança sem mencionar a transferência, apresentada por Freud

como *retorno, reencarnação* na figura do analista de outras figuras de sua infância e passado. Este fator, de importância *inimaginável* para Freud, torna a execução deste plano de cura mais complexo, dada a dimensão ambivalente do fenômeno.

A transferência positiva, diz Freud, serve ao tratamento porque reproduz situações sobre o paciente que jamais seriam trazidas pela fala, possibilita efeitos terapêuticos e amplia o grau de influência sobre o paciente: “Seu ego fraco torna-se forte; sob essa influência realiza coisas que, ordinariamente, estariam além de suas forças; desiste dos sintomas e aparenta ter-se restabelecido – simplesmente por amor ao analista” (FREUD, 1940/1996, p.189). No entanto adverte que, o analista, no lugar do superego do paciente, não deve exercer sua influência segundo suas próprias inclinações e ocupar o lugar de professor, modelo ou ideal. Diz, no entanto, que determinada influência será possível de acordo com o nível de inibição no desenvolvimento. E completa: “Alguns neuróticos permaneceram tão infantis que, também na análise, só podem ser tratados como crianças.” (FREUD, 1940/1996) Do mesmo modo que os sentimentos de afeição, os sentimentos hostis também são transferidos. Segundo Freud, surgem da repetição do passado e, tal como no desfecho do Édipo, surgem da frustração dos desejos eróticos dirigidos a figura do analista. Assim, a transferência negativa parece atrelada à transferência positiva de desejos eróticos, em sua dimensão ambivalente. Freud aponta que a insatisfação do desejo, a partir da regra da abstinência do analista, pode ser ocasião para mudança ou, se dominar o quadro, para desfazer os efeitos terapêuticos e impossibilitar o trabalho analítico.

Para evitar que tome rumos indesejados, Freud preconiza o *manejo cuidadoso da transferência* que implica em três orientações:

- (1) deixar claro para o paciente que o que lhe parece novidade da transferência é, na verdade, um reflexo do passado. E, para que esta garantia se mantenha é preciso
- (2) tomar cuidado para que nem amor nem hostilidade atinjam um grau extremo;
- (3) não negligenciar os primeiros sinais de aparecimento de transferência negativa

Neste ponto, cabe destacar que a necessidade apontada de um manejo cuidadoso parece ser justamente para que a transferência evite *ultrapassar* o seu campo teórico de domínio: a dimensão da ambivalência e da repetição. No entanto, é notável que o próprio Freud já extrapola a dimensão de repetição ao mencionar os efeitos da transferência no tratamento e nos sintomas do paciente. Ao tratar das vantagens e dificuldades do manejo da transferência e sua relação com um plano de cura, Freud aponta para uma dimensão de intervenção que se constrói *na transferência*, além de sua função de oferecer elementos para a interpretação. Não obstante, Freud insiste na importância de tornar claro ao paciente a dimensão única de repetição na transferência e de manter uma “distinção rigorosa” entre o que é conhecimento do analista e o que é do paciente no trabalho interpretativo. Para Freud este é o caminho que evitaria que ela se convertesse em resistência.

A partir da problematização da transferência como resistência, Freud nomeia três tipos de resistência à cura: (1) a resistência devido à repressão, relacionada à ampliação de alcance do ego em relação ao id, e (2) a resistência devido a necessidade do paciente estar doente e sofrer, relacionado ao sentimento de culpa superegótico e (3) a ação do instinto destrutivo (fruto da des fusão pulsional).

O primeiro tipo de resistência encaixa-se na idéia de aliança analista-paciente proposta por Freud no início do texto. A partir da associação livre e com o auxílio das interpretações do analista, juntos vão se apoderando de partes do id ou eliminando-as completamente, a partir da capacidade que o eu tem de não de enfrentar o id. A regra de abstinência e o princípio fundamental da psicanálise auxiliam nesta proposta. O segundo tipo de resistência, diz Freud, é mais difícil de vencer, pois embora não impeça o trabalho intelectual – ou seja não diz respeito ao trabalho interpretativo – o torna completamente inoperante. Trata-se da ação do superego e da ação da pulsão de morte. Sobre este tipo de resistência, Freud diz: “Para desviar esta resistência, somos obrigados a restringir-nos a torná-la consciente e a tentar promover a lenta demolição do superego hostil” (FREUD, 1940/1996, p. 194) Ou seja, parece que o recurso que Freud visualiza é a possibilidade de tornar esta resistência consciente, visando a “lenta demolição” do superego hostil, o que remete, de uma só vez, à dimensão temporal da análise e ao trabalho de “destruição” da dimensão hostil do superego .

Tem-se aqui, portanto, duas funções importantes do trabalho analítico com o paciente: o trabalho de interpretação e a “transferência da autoridade do superego”. Interessante notar, Freud não retoma a discussão sobre transferência para pensar na resistência do superego, tampouco para pensar na questão da desfusão pulsional. É como se, a esta altura de sua obra, Freud identificasse importantes elementos da clínica que ultrapassam a noção de recalque [repressão, na tradução da Standard], tais como resistência do superego e do instinto de morte, a possibilidade de mudança pela frustração do desejo do paciente pelo analista, mas não possuísse dispositivos clínicos e teóricos para manejá-los.

Parece que, com a problematização da clínica psicanalítica apontada por Freud em *Esboço* estivessem dadas todas as cartas para um jogo *entre* analista e paciente na

clínica, mas que Freud, talvez por seu enquadre teórico, estilo pessoal e razões políticas não chegou a jogar. Interessante notar, esta abertura para uma dimensão *estética* e *sensível* é notável nas articulações em torno da sublimação e cultura (KUPERMANN, 2008), mas parece não se refletir na concepção freudiana da transferência na clínica neste último texto. Mais do que o sentido de uma compreensão definitiva sobre a questão, o interesse está nas questões que ficam sem resposta e que a comunidade psicanalítica da época se debruçava e se debruça até hoje para responder. Gay (1989, p. 572) aponta, a propósito do texto: “Com sua abrangência e advertência implícita contra a petrificação do pensamento psicanalítico, ele pode figurar como o testamento de Freud para a profissão por ele fundada”.

Neste sentido, é possível destacar aspectos de *Desenvolvimento Emocional Primitivo*, de Winnicott e relacioná-los a questões em aberto deixadas por Freud. Trata-se de um trabalho apresentado a *British Psycho-Analytical Society* em novembro de 1945, apenas cinco anos após a publicação do *Esboço*. Naturalmente, não é uma resposta a este, visto que a experiência clínica de Winnicott sobre a psicose, e a influência da teoria kleiniana e das discussões da sociedade britânica já influenciavam seu pensamento fortemente muito antes da morte de Freud. (KHAN, 2000) No entanto, a interface se justifica uma vez que, como se pretende demonstrar a seguir, as indagações da clínica apontada por Freud são tomadas por Winnicott que avança no sentido de uma contribuição original.

Em *Esboço* Freud menciona a inadequação de seu plano de tratamento (baseado na aliança entre o ego do paciente e do analista) para a psicose, justamente pelo seu corte com a realidade. Winnicott, por sua vez, em *Desenvolvimento Emocional Primitivo* propõe-se justamente a estudar o problema da psicose e inaugura, neste texto, a transmissão de sua experiência com esses pacientes. De início, afirma que não foi

necessário modificar a técnica freudiana para abarcar a depressão e a hipocondria (referindo-se especialmente ao trabalho de Klein) e que é possível tratar com a mesma técnica elementos ainda mais primitivos, desde que sejam realizadas as devidas *mudanças na situação transferencial*. Pontua a importância de um preparo do analista para questões relativas à depressão e às defesas persecutórias contra esta depressão e da necessária experiência com casos relativos a ambivalência e a repressão (análogos a superação das resistências de primeiro tipo, modelo da teorização freudiana acerca da transferência). Aqui, Winnicott, a partir dos mesmos problemas teóricos apresentados por Freud apresenta um manejo no qual o analista está implicado. É o que afirma a respeito do manejo da posição depressiva: “O paciente deprimido exige do seu analista a compreensão de que o seu trabalho implica, em certa medida, no esforço de dar conta de sua própria depressão (do analista), ou melhor, da culpa e da dor resultantes dos elementos destrutivos de seu amor (do analista)”. (WINNICOTT, (1945/2000, p. 220)

Neste sentido, o fim da análise, o horário e as regras se inserem como importantes manifestações do ódio e as boas interpretações como manifestação de amor do analista. Este manejo diferenciado e implicado do processo analítico perpassa apresentação da teoria de Winnicott sobre o desenvolvimento emocional primitivo.

Os processos primitivos de integração, personalização e realização (apreciação do tempo e espaço e da realidade) são apresentados a partir de sua experiência com a clínica da psicose. Assim, o problema da psicose é tomado do mesmo ponto de Freud “pela ausência de uma verdadeira relação com a realidade externa” (WINNICOTT, 1945/2000, p. 227). No entanto, Winnicott em seu desenvolvimento teórico, inclui a construção da realidade a partir da primitiva relação mãe-bebê (a partir da experiência de ilusão que mãe e bebê vivem *juntos*) e, em sua clínica, já inclui os avanços a

questões freudianas sobre o manejo da transferência, que a esta altura, já se tornou um manejo *na* transferência.

Assim, questões que pareciam preocupar Freud e que exigiam um manejo cuidadoso da transferência para garantir que se ativessem a repetição do passado encontram em Winnicott um desenvolvimento clínico e teórico no qual o manejo da transferência não visa o seu controle e interpretação, mas é meio a partir do qual o trabalho analítico ocorre. A regressão à dependência e o cuidado torna-se condição *sine qua non* na direção de tratamento.

Toda a continuidade do trabalho teórico de Winnicott se fundamenta nesta experiência clínica. A questão que se coloca e cuja problematização consiste na continuidade desta pesquisa é saber em que medida as contribuições winnicottianas sobre a clínica da psicose e dos pacientes depressivos auxiliam na resolução das questões apontadas por Freud sobre o manejo da transferência positiva e negativa nas outras possibilidades de diagnóstico. Mais do que advogar continuidade ou ruptura em termos dos modelos teóricos utilizados, pretendeu-se demonstrar que há uma relação intrínseca entre os dois autores no que diz respeito a questões clínicas por eles apontadas.

BIBLIOGRAFIA

FREUD, S. Esboço de Psicanálise (1940). In: _____. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, v, XXIII . Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GAY, P. **Freud**: uma vida para o nosso tempo. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.
JONES, E. Nota do Editor Inglês de Esboço de Psicanálise. In: _____. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, v, XXIII . Rio de Janeiro: Imago, 1996.

KHAN, M. Introdução de M. Masud Khan. In: WINNICOTT, D. **Da pediatria a psicanálise**: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

KUPERMANN, D. Resistência *no* encontro afetivo: sublimação e criação na experiência clínica. IN: _____. **Presença Sensível:** cuidado e criação na clínica psicanalítica. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

WINNICOTT, D. Desenvolvimento Emocional Primitivo. (1945) In: _____. **Da pediatria a psicanálise:** obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

SOBRE A AUTORA

Doutoranda em Psicologia Clínica pela USP. Mestre em Linguística pela UFPR. Graduada em Psicologia pela UFPR. Professora da FDB. Psicanalista.