

Helena Maria Melo Dias

Contratransferência: um dispositivo clínico psicanalítico

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica, do Núcleo de Psicanálise, Laboratório de Psicopatologia Fundamental, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Psicologia Clínica, sob orientação do Prof. Dr. Manoel Tosta Berlinck.

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

São Paulo - 2007

BANCA EXAMINADORA

Agradecimentos

Primeiramente, meus sinceros agradecimentos ao Professor Dr. Manoel Tosta Berlinck, grande investigador da psicopatologia fundamental, por seus ensinamentos e orientações que foram essenciais, não só, na realização deste doutoramento, mas, principalmente, porque me ajudaram a ultrapassar certos obstáculos pessoais e a manter-me no caminho.

Agradecimentos especiais à Beatriz Mecozzi, pela ressonância de uma clínica que evoca *Eros* como suporte de vida psíquica.

A amiga de longo tempo, Ana Cleide Guedes Moreira, pela presença viva de nosso convívio psicanalítico, com quem compartilho essa realização de tese.

A Regina Maria Guisard Gromann, pela generosidade e valiosa supervisão que ampliou minha compreensão do caso clínico dessa tese.

A Ana Cecília Magtaz, por sua presença calorosa e confiante, por seu apoio que me ajudou a enfrentar os momentos difíceis no percurso deste doutoramento, e por sua sensibilidade clínica.

Ao Oscar Miguez, por sua sólida formação psicanalítica e prestimosa contribuição na elaboração deste trabalho.

Ao Cláudio Eugênio Marco Waks, pela solidariedade e incentivo à realização deste sonho.

A Dayse Stoklos Malucelli, Marciela Henkel, Elizabeth Antonelli, Eliane Michelini Marraccini e Ana Irene Canongia, pela generosidade e pelas sugestões bibliográficas.

Aos pesquisadores do eminente Laboratório de Psicopatologia Fundamental, pelos encontros produtivos que ampliaram consideravelmente minha formação profissional.

Aos colegas pesquisadores do Laboratório de Psicanálise e Psicopatologia Fundamental, da Universidade Federal do Pará, pelas trocas no investimento profissional.

Aos meus pais, João e Clarice (*in memoriam*), pelo incentivo aos meus estudos e profissão, e principalmente, pelos ensinamentos éticos, essenciais à vida.

Aos meus filhos, Luana e Raoni, pelo amor que nos une. E, aos meus queridos netos Pedro, Alice e Juliana, pela contagiante vivacidade.

Aos amigos Cassandra Pamplona, Terezinha de Aguiar Viana, Beatriz Tura, Fábio Tura, Fernando Costa, Ricardo Ampudia, pelo apoio e confiança que foram indispensáveis neste trajeto da Pós-Graduação.

Ao Prof. Dr. Emmanuel Tourinho, meus agradecimentos pelo incentivo a esta Pós-Graduação.

Agradeço a CAPES, PUC-SP e UEPA que permitiram a realização deste Doutorado.

RESUMO

Mobilizados pelo estudo do caso Sarah realizamos uma investigação do conceito de contratransferência formulado por autores, que destacam sua relevância no tratamento psicanalítico. Dentre estes, sustentamos que Pierre Fédida ampliou e aprofundou esta concepção, ao considerar a metapsicologia dos processos psíquicos do analista na técnica psicanalítica. As articulações do caso com o fecundo pensamento deste autor fundamentaram esta tese que concebe a contratransferência como dispositivo inerente à situação analítica e adequada ao enquadre no tratamento. Para tanto, buscamos compreender a especificidade da técnica elaborada por Freud, que tem como paradigma o sonho. Refletimos sobre a problematização dessa técnica por Ferenczi, a partir de casos considerados difíceis e estranhos a seu campo, que promoveu uma gama de estudos voltados à pesquisa dos efeitos contratransferenciais na análise. A característica principal dessa pesquisa tem por referência as primeiras relações objetais na constituição psíquica do bebê, as quais tornam-se modelos de toda transferência, a partir do que o analista intervém no psiquismo do paciente. Dessa perspectiva, Fédida argumentou o modelo implícito da contratransferência como de uma relação fictícia mãe-filho, capaz de ressonância e continência ao estado de angústia do paciente e apropriado à linguagem no tratamento. No caso Sarah, a auto-transgressão da contratransferência, como momento crítico da análise, possibilitou a paciente metabolizar e metaforizar seu sofrimento psíquico.

ABSTRACT

As we were touched by the “Sarah” case, a scrutiny was performed about the concept of Countertransference which was framed by authors whom highlighted its relevance throughout a psychoanalytical treatment. Among them, we regard Pierre Fédida as the one who amplified and brought the matter into a deeper understanding, as he considered the Metapsychology within the psychological processes of the therapist upon the psychoanalysis technique. The articulations of the case in question, allied with such thought, are the cornerstones of this thesis which understands Countertransference as an inherent mechanism to the analytical scenario and thus, adequate as prescribed therapy. Therefore, a specific comprehension was sought about this technique developed by Freud which has dreaming as its basic paradigm. A thought was also given about its methodology by Ferenczi, based upon cases which were reckoned to be difficult to deal with and aliens to his own arena, fact which provoked increasing scientific publications on the topic of countertransferential effects in the analysis. The major characteristic of this research has its core on the topic of the first objectional relationships in a baby’s psychological constitution which turns to be the transferential basis upon which the therapist intervene in a patient’s psychism. From this perspective, Fédida supported the inherent model of countertransference as a fictional relationship, mother-son-like, capable of becoming both resonant and contingent to a patient’s state of anguish and hence proper to the treatment. In the “Sarah” case the Countertransference’s Auto-Transgression, a critical scenario during the analysis, permitted the patient to both metabolize and metaphorize his psychological suffering.

SUMÁRIO

<u>INTRODUÇÃO</u>	9
CAPÍTULO 1 FRAGMENTOS DO CASO CLÍNICO DE SARAH	18
<u>CAPÍTULO 2 CONCEPÇÃO DE CONTRATRANSFERÊNCIA EM FREUD E FERENCZI</u>	29
<u>2.1 A GRANDE DESCOBERTA FREUDIANA</u>	29
<u>2.2 A DEFINIÇÃO DA TÉCNICA PSICANALÍTICA</u>	40
<u>2.3 O ENCONTRO FREUD E FERENCZI</u>	52
<u>2.4 A PROBLEMÁTICA FERENCZIANA DA TÉCNICA</u>	56
<u>2.5 AS TRANSFERÊNCIAS, O GRANDE ENTRAVE</u>	69
<u>CAPÍTULO 3 NOVAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A CONTRATRANSFERÊNCIA</u>	74
<u>3.1 MICHEL BALINT E ALICE BALINT</u>	75
<u>3.2 D. W. WINNICOTT</u>	79
<u>3.3 PAULA HEIMANN</u>	82
<u>3.4 HAROLD F. SEARLES</u>	85
<u>3.5 LUÍS CLÁUDIO FIGUEIREDO</u>	89
<u>CAPÍTULO 4 CONCEPÇÃO DE CONTRATRANSFERÊNCIA EM PIERRE FÉDIDA</u>	92
<u>4.1 O PENSAMENTO DE FÉDIDA E SUA FORMAÇÃO</u>	94
<u>4.2 O SENTIDO DE CONTRATRANSFERÊNCIA</u>	98
<u>4.2.1 Transferência e auto-erotismo</u>	115
<u>4.2.2 Contratransferência e o materno</u>	124
<u>4.2.3 Contratransferência e linguagem</u>	131
<u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	136
<u>REFERÊNCIAS</u>	143

INTRODUÇÃO

Nesta tese investigamos o fenômeno da contratransferência, com objetivo de ressaltar sua relevância teórica e clínica na psicanálise. Nesse sentido, a elaboração desta pesquisa teve início com o caso clínico de Sarah¹, o qual evocou importantes reflexões sobre este fenômeno, principalmente porque a percepção dos processos psíquicos da analista, mobilizados nessa clínica, foi essencial na condução do tratamento. Nesse caso, a auto-transgressão da contratransferência, como momento crítico da análise, possibilitou a paciente metaforizar e metabolizar seu sofrimento psíquico.

Disso resultou o desenvolvimento de um estudo histórico-conceitual da contratransferência, desde os primórdios da psicanálise com Sigmund Freud (1910, 1915[1914]) e Sándor Ferenczi (1919), na formulação da técnica psicanalítica e na concepção desse fenômeno como obstáculo ao tratamento.

Seguindo esse trajeto, investigamos a nova perspectiva que essa noção adquiriu a partir da década de 1940/1950 com Michel Balint e Alice Balint (1939), Paula Heimann (1949), Donald Winnicott (1947) e Harold Searles (1971), os quais sustentaram seus pontos de vista considerando os processos contratransferenciais como instrumento indispensável da análise.

Mas, foi com a retomada desses estudos por Pierre Fédida, articulado à clínica de Sarah, que sistematizamos a investigação metapsicológica dessa noção, com a qual Fédida abriu uma reflexão na busca de compreender sua implicação com a constituição do lugar do analista e, nesse sentido, a considerou como um dispositivo inerente à clínica psicanalítica.

¹ Nome fictício

Compartilhamos com o pensamento de Piera Aulagnier (1982)

sobre o que norteia a produção no campo da psicanálise, quando diz:

Quanto mais tempo passa, mais penso que embora acreditemos de boa fé que as questões que sucessivamente privilegiamos em nosso itinerário dependem da importância adquirida por determinado fenômeno clínico, determinada leitura nova, na verdade apenas retomamos as “questões fundamentais” próprias a cada analista. Talvez elas designem o ponto de junção entre resistência e fascinação que singulariza a relação de um analista com a teoria psicanalítica. (*apud*, VIANA, 1993, p. 15)

Nesse sentido, o tema da contratransferência evocou resistência e fascinação. Resistência, porque demorou certo tempo para que definíssemos a sua escolha. Essa resistência provinha dos restos transferenciais da clínica de Sarah, exigindo um trabalho psíquico da analista, que culminou com a elaboração deste projeto. E fascínio, cada vez que aprofundávamos a compreensão deste fenômeno, o qual foi se diluindo ao tecermos a escrita desta tese.

Dos estudos realizados, formulamos a proposição de que toda formação do analista passa, inevitavelmente, pela contratransferência. Daí esse fenômeno constituir-se numa das questões fundamentais e mais problemáticas da clínica e técnica psicanalítica, pois afeta o analista no cotidiano de sua clínica e o remete à sua análise pessoal, à auto-análise e à supervisão, bem como à escrita do caso clínico, tal é a angústia em face da inquietante estranheza da transferência. A contratransferência, oriunda dos restos não analisados do analista, mobilizados pela transferência do paciente, afeta o campo clínico, ou melhor, o tratamento.

Assim, formulamos a seguinte questão: podemos pensar que é da natureza própria da psicoterapia psicanalítica a contratransferência?

Essa questão norteia esta tese que realizamos na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, no Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica, do Núcleo de Psicanálise, Laboratório de Psicopatologia Fundamental, sob a orientação do Prof. Dr. Manoel Tosta Berlinck, com bolsa financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Problematizamos a relevância do fenômeno da contratransferência na clínica psicanalítica, fundamentando nossas elaborações em Freud e Ferenczi, e especialmente em Pierre Fédida, autor dedicado à investigação da clínica psicanalítica e importante estudioso da psicopatologia humana que afirma: “ser *analista* é sê-lo com este resto não resolvido”, isto é, este resto que torna a análise interminável - tanto para o paciente, quanto para o analista - é justamente, diz ele, “aquilo que decidiria que nos tornemos analistas ou que a análise não nos possa mais largar” (*apud* VIANA, 1993, p. 35). Nessa leitura, Fédida a considera equivalente a um *dispositivo inerente à situação analítica e adequado ao enquadre do tratamento* (FÉDIDA, 1988, p. 71).

Consideramos que essa elaboração da contratransferência em Fédida amplia a concepção metapsicológica da técnica, ao considerar esta como correlativa da metapsicologia dos processos psíquicos do analista. A manifestação contratransferencial como algo do erótico do analista, que deve ser controlado, dominado, equivale, em Fédida, a um dispositivo clínico importante para o tratamento. Nessas condições, a contratransferência, segundo ele, “seria a capacidade do analista de observar e de compreender suas próprias reações íntimas àquilo que o paciente lhe comunica” (FÉDIDA, 1991, p. 68)

Essas formulações de Fédida estão fundamentadas, especialmente, nos estudos clínicos de Ferenczi, principalmente porque o “próprio da contribuição deste autor é chamar a atenção para o aspecto da presença, do peso ontológico, se assim podemos dizer, da realidade ‘situacional’, da realidade da sessão” (MEZAN, 1993, p. 26). Nessa busca incessante de dar conta da situação clínica analítica, já que movida pela preocupação com a cura, a investigação ferencziana se direciona aos processos psíquicos do analista para atender as exigências inerentes do tratamento psicanalítico, a partir do que estabelece como *segunda regra fundamental da psicanálise* a própria análise pessoal do analista, isto é, que *quem analisar os outros deve, em primeiro lugar, ser ele próprio analisado*. (FERENCZI, 1992 [1928], p. 26)

Fédida retoma justamente essas elaborações de Ferenczi na argumentação de sua concepção de contratransferência; todavia, reconhece que o destaque à contratransferência como instrumento de trabalho a serviço da interpretação é introduzida na psicanálise por Paula Heimann, discípula de Melaine Klein, quando inicia sua apresentação no Congresso de Zurique, em 1949, dizendo:

No âmbito deste texto, estou utilizando o termo ‘contratransferência’ para cobrir todos os sentimentos que o analista experimenta para relação a seu paciente. (...)

Minha tese é a de que a resposta emocional do analista à situação analítica representa uma das ferramentas mais importantes de seu trabalho. A contratransferência do analista é um instrumento de pesquisa do inconsciente do paciente. (Costa, 2002 [1949], p. 15-16)

Essa concepção de Paula Heimann tem importantes conseqüências na psicanálise, as quais são tratadas em linhas gerais nesta tese, pois o que nos interessa ressaltar é o relevo que a autora dá, na análise, à relação pessoal analista-paciente, isto é, à relação interpessoal.

Fédida, no seu estudo sobre essa concepção que destaca a pessoa do analista articulado à metapsicologia da técnica, esclarece que a situação analítica não comporta uma relação interpessoal, pois no processo transferencial a pessoa do analista torna-se ausente, ou seja, a transferência do paciente não está dirigida ao analista, mas a um terceiro que se presentifica na situação analítica via alucinação negativa.

Dessa perspectiva, entendemos que a grande contribuição de Fédida aos estudos sobre contratransferência e, portanto, à metapsicologia da técnica diz respeito à sutil diferenciação das modalidades transferenciais no campo da clínica. Fédida distingue três termos para a transferência: “a transferência do paciente sobre o analista, a transferência do analista para o paciente e a possibilidade disjuntiva de poder apreciar esse funcionamento intertransferencial”. Para ele, “ser analista é estar nessa condição de disjunção” (1988, p. 61). É assim que ele designa a contratransferência, da posição de disjunção do analista, numa tópica pré-consciente capaz de recepção e de transformação às transferências.

Consideramos essa contribuição muito produtiva e esclarecedora no sentido da problematização da formação do analista que nos parece envolver as modalidades auto-análise, supervisão, seminário clínico, análise pessoal e escrita do caso clínico. A acepção metapsicológica dessas modalidades revela a capacidade psíquica para a transferência. Nesse sentido, com base nos estudos do mestre de Viena, Fédida enfatiza:

O fenômeno da transferência nunca deixa de espantar, constatava Freud. E em 1938, no *Compêndio*, ele convida ainda mais uma vez os analistas a não perderem esse espanto: “É bem estranho que o analisado reencarne em seu analista uma personagem do passado”. Não duvidemos que aquele que não consegue mais se espantar com a estranheza da transferência já esqueceu ou negligenciou, há muito

tempo, o sítio do estrangeiro e, com certeza, a virtude da linguagem, interlocutor da transferência. (FÉDIDA, 1996, p. 174)

Essa dimensão da *estranheza da transferência* que Freud, Ferenczi e Fédida destacam é primordial na compreensão da complexidade desse processo em virtude da potência transferencial, ou melhor, do caráter violento, pulsional, da transferência. Entendemos que essa perspectiva ressaltada por estes psicanalistas, evita certa banalização deste fenômeno - que é considerado o motor do processo terapêutico - por fundamentar-se tanto do ponto de vista ontogenético quanto filogenético, nesta acepção de transferência que contém um sentido de potencialidade heurística. Por isso, estes psicopatólogos têm uma grande preocupação em precisar a especificidade do campo, método e técnica da psicoterapia psicanalítica e sustentam suas teorizações alicerçadas à construção metapsicológica do caso. Desse modo, articulamos a construção do caso clínico de Sarah à elaboração teórica da contratransferência, para fundamentação desta tese, bem como ressaltamos aquilo que demarca o campo clínico da psicanálise - as transferências e o enigma da regressão, que evoca o inatual no atual e demarca a singularidade do caso, da técnica e da teoria psicanalítica - o que não é abordado por nenhuma outra disciplina, ou melhor, o que é da ordem do inconsciente, como o sonho.

Na elaboração desta tese, realizamos o seguinte percurso: no primeiro capítulo, apresentamos os fragmentos do caso clínico de Sarah, que evoca na analista uma reflexão mais precisa sobre “as transferências”. Como vemos no primeiro encontro, analista-paciente, a auto-transgressão da contratransferência é fundamental para a instauração da situação analítica. O estado de sofrimento que Sarah vivenciava demandava um enquadre que

demarcasse a presença em pessoa da analista, como pára-excitação e possibilidade de nomeação e de restituição do auto-erotismo primitivo da paciente.

No segundo capítulo, retornamos às origens da psicanálise com Freud e Ferenczi para demarcarmos a especificidade da técnica psicanalítica que tem como paradigma o sonho, e estabelece como regra fundamental a associação livre do paciente e a escuta flutuante do analista, assim como a problematização dessa técnica, tendo em vista a reação terapêutica negativa e a contratransferência, que são os grandes obstáculos do tratamento.

No terceiro capítulo, estudamos o movimento que emerge na psicanálise a partir da década de 1950, o qual entende a contratransferência como um recurso psicoterapêutico muito importante. Nesta perspectiva, há uma vasta produção de psicanalistas dedicados à investigação desse fenômeno, destacando-se os trabalhos de Michel e Alice Balint, Paula Heimann, Winnicott, Harold Searles. Também acrescentamos a noção de contratransferência primordial, formulada por Luís Cláudio Figueiredo (2002). Esclarecemos que nesta tese nossa proposta não é um aprofundamento no trabalho destes autores, mas sim destacar a contribuição que cada um deles acrescenta à problematização da contratransferência.

No quarto capítulo, concentramo-nos na concepção de contratransferência de Pierre Fédida, na qual sustentamos que esta equivale a um *dispositivo inerente à situação analítica e adequado ao enquadre no tratamento*.

De início, constatamos que, para esse autor, a noção de contratransferência padece de uma insuficiência teórica, suscitando muitas questões que tornam indispensável a investigação metapsicológica sobre o

funcionamento psíquico do analista. Para ele, “é digno de nota que a despeito da abundante literatura psicanalítica que trata da *concepção* de *contratransferência* muito pouco desta dá lugar a um verdadeiro projeto metapsicológico” (FÉDIDA, 1992, p.189. Trad. livre). Afirma que a maior parte dos autores que tratam dessa questão entendem de modo equivocado o tratamento psicanalítico como uma relação analista-paciente, ou seja, uma relação interpessoal e, para ele, não é disso que se trata no processo analítico, tendo em vista que a transferência não tem como destinatário a pessoa do analista, mas sim o objeto alucinatório transferencial, a partir do que o analista interpreta essa dinâmica psíquica. No entanto, depreende nessa concepção um sentido que dá ênfase a um modelo fictício mãe-bebê correlativo ao analista-paciente e, por isso entende a contratransferência adequada ao enquadre analítico por favorecer a instalação da situação analítica.

Desse modo, sustenta a teoria freudiana de que a interpretação dos sonhos é o paradigma da técnica psicanalítica, o que respalda sua teoria do *sítio do estrangeiro* como metáfora da situação analítica, que só pode ser instaurada com o estabelecimento do enquadre que envolve a atenção equiflutuante do analista à associação livre do paciente. Considera esse ideal da técnica imprescindível no compromisso do psicanalista com a instauração da situação analítica movida pela transferência, a qual traz em seu bojo a linguagem e a memória. Daí propor no seu texto *Le contre-transfert en question*: “Em suma, longe de se conceber como objeto de uma descoberta técnica nova inspirada na transferência e seus avatares, a contra-transferência formará o complexo paterno de uma ‘transcendência da transferência’ e será por conseguinte a partir dela que a transferência deve ser pensada” (FÉDIDA, 1992, 196. Trad. livre) Dessa perspectiva, entende que a descoberta da contra-

transferência corresponde a este sítio do estrangeiro instaurador da essencial dissimetria da situação analítica que significa a ausência do ausente, já que a subjetivação da morte do pai é condição de linguagem e memória (FÉDIDA, 1992. Trad. livre)

CAPÍTULO 1 FRAGMENTOS DO CASO CLÍNICO DE SARAH

Sarah, uma mulher de 44 anos, trouxe importantes contribuições para se pensar sobre o fenômeno da contratransferência na clínica psicanalítica. O próprio motivo de sua busca de tratamento continha uma questão dessa ordem, pois ficava muito perturbada com a terapia via telefone que vinha mantendo durante essa época. Nesse primeiro encontro, Sarah chega pontualmente e começa falando que fez durante muito tempo análise, seis anos, quando morava em outro Estado, por ter ido cursar pós-graduação; com a conclusão do curso veio para sua terra natal e ficou certo tempo sem contato com sua antiga terapeuta, mas como estava se sentindo muito mal, telefonou para a mesma e ficou sendo atendida por telefone, marcaram horários fixos todas às quartas-feiras, à noite. Num tom de profunda tristeza, disse “ela foi muito importante em minha vida, eu cresci muito” começou a chorar, a princípio muito timidamente e, depois, intensamente. Depois desse desabafo, Sarah contou:

Semana passada tínhamos acertado um horário, justamente foi na quarta -feira passada. Quando liguei, o telefone ficou ocupado durante todo o tempo, e ela não ligou mais. Entendi que tudo tinha acabado. Voltou a chorar Acho que ela fez isso porque eu já fazia análise há muito tempo, estava na hora de eu me virar sozinha. Eu entendi assim.

Sarah parecia viver um profundo sentimento de desamparo e sua fala me evocou uma questão: por que Sarah interpretava o desencontro com sua terapeuta, como abandono: vá, vire- se sozinha? Mas, ela logo a justificou e disse: “Também por telefone é ruim, fica uma coisa esquisita. Ela foi muito legal para mim, me ajudou muito, eu cresci muito como pessoa, como profissional”.

Mas por que essa separação lhe produzia tanta angústia, tanto medo?

Busquei esclarecer essa incógnita, perguntando: você não tentou falar com ela, depois? “Não, toda vez em que era impossível para ela atender-me, ela telefonava marcando outro horário. Dessa vez, ela não telefonou”. Sarah continuou a falar da atitude de sua analista, tentando justificá-la frente a terrível frustração de não ter sido atendida no horário combinado, e o que isso lhe evocava, todavia, reconheceu algo: “Mas, depois desse dia, eu fiquei assim muito perturbada”. Pensei, faz uma semana que Sarah vivencia essa perturbação provocada por sua terapeuta, mas, como é essa perturbação?

“Eu não consigo parar, uma inquietação, um medo tão grande. Eu fico com muito medo. Acho que tem alguma coisa com a minha sexualidade, com a minha identidade sexual”. Sarah falava possuída pelo medo, seu corpo estava totalmente contraído, trêmulo de tão rígido, seu olhar assustado, seu pensamento entregue às fantasias paranóides. Nesse estado, intervi dizendo: como assim?

Eu não consigo parar, uma inquietação, um medo tão grande. Eu fico com muito medo. Acho que tem alguma coisa com a minha sexualidade, com a minha identidade sexual. Eu fico com muito medo das mulheres. Ontem, eu entrei no elevador do meu prédio e tinha uma mulher, não sei, ela me olhava eu comecei a ficar inquieta, o marido dela entrou, e eu baixei a vista como se... Eu sou professora, e em sala de aula eu fico com medo de me aproximar das alunas. Eu também sou pesquisadora, e lá, também tem mais mulher que homem e as mulheres lá são muito fortes, de certa forma, elas lideram. Pois é, aí eu fico me sentindo meio paranóica, parece que elas ficam me olhando. Fico com medo de sair na rua. Estou evitando usar o elevador social, só uso o de serviço que tem menos gente. É alguma coisa com as mulheres.”

Sarah estava possuída por seus fantasmas sexuais infantis, muito persecutórios, mobilizados por sua terapia, parecia que não estava ali, o que falava, tinha um outro destinatário, próprio da transferência, mas considerei importante nesse momento chamar-lhe atenção para aquele lugar onde nos encontrávamos, para a pessoa do analista, em face da terapia por telefone, que vinha realizando. Por isso, questionei: como é que fica estar aqui e ser atendida por uma mulher, uma analista mulher? Essa questão foi como se lhe demarcasse uma presença, em face de uma ausência, um face a face, que produziu uma mudança no estado psíquico de Sarah: ela olhou-me surpresa, como se saísse de um processo alucinatório, com imagens de si deslocando-se no espaço. Imagem de si como professora, pesquisadora, médica, e sua questão maior recaía na questão mulher. Questão que a remeteu a momentos muito primitivos de relação da menina com a mãe, pois, nessa transferência, Sarah produzia associações com mulheres fálicas, as quais lhe provocavam medo, atração, repulsa. É importante observar que enquanto ela falava, percebia-me vagando de um lugar a outro nos diversos espaços aos quais fazia alusão, numa simetria rompida pela angústia contratransferencial que me conduziu a demarcar uma presença, um lugar de referência, descolado das mulheres fálicas, as quais produziam certo fascínio. Isso foi importante também para a analista, que se deu conta do lugar do analista naquele espaço transferencial e contratransferencial.

Ao final dessa entrevista, Sarah saiu, deixando-me perturbada sobre sua terapeuta, ou ex-terapeuta. Indagava-me que tratamento era este que deixava a paciente em total desamparo, sendo o próprio terapeuta um objeto persecutório do qual desejava livrar-se, mas parecia ter muita dificuldade em assumir esse desejo? Na transferência, vivenciei um sentimento de raiva em

relação à irresponsabilidade profissional dessa terapeuta, e a manifestação não-verbal desse sentimento foi importante para Sarah romper a relação fusional que mantinha com sua terapeuta, o que demorou ainda duas semanas, nas quais manteve paralelos os dois trabalhos. Essa situação triangular me era incômoda, mas aguardava a decisão de Sarah, já que sua terapeuta insistia num vínculo impossível de se sustentar, o que revelava algo da ordem contratransferencial desta, que causava sérios problemas à paciente. Essa decisão foi tomada quando as reminiscências afloraram, e demos início ao nosso trabalho analítico.

Observei que essa clínica inclui-se dentre aquelas em que há uma demanda muito intensa de análise, que num primeiro encontro com um outro, que suporte a transferência, essa vem em massa, exigindo o real de uma presença - um corpo a corpo. Essa demanda de Sarah parecia exigir um lugar, um enquadre, para que essas forças pulsionais fossem transferidas, na situação analítica, pela nomeação desse sofrimento. Nesse sentido, quando questionando: Como é que fica estar aqui, e ser atendida por uma mulher, uma analista mulher, estar aqui com uma mulher? Ela olhou-me e respondeu: "Não, tudo bem, eu não estou com medo, estou me sentindo à vontade, sorri." Sorrimos. Esse olhar e esse sorriso, entendi, demarcaram, na transferência, o reconhecimento de uma presença, uma presença que demarcava um lugar, ou melhor, um enquadre. Um enquadre pautado na regra fundamental: associação livre e escuta equiflutuante à transferência. Sarah, com sua terapia por telefone, vagava pelos lugares com seus fantasmas atormentadores: na sala de aula, no elevador, na rua, num total desamparo ao qual ficou exposta, em face das forças pulsionais fantasmáticas e atemorizantes, em busca de uma presença amparadora. Essa intervenção produziu uma mudança, tanto do

ponto de vista econômico do funcionamento psíquico de Sarah, com a diminuição do seu estado de tensão, quanto do ponto de vista tópico, do processo de pensamento delirante ao processo pré-consciente. Na clínica, esse momento constituiu *um momento crítico* da atenção da analista, no sentido de estabelecer um ambiente de continência ao estado de Sarah, e isso a remeteu à identificação paterna, pois, na seqüência da cadeia associativa, Sarah tirou da bolsa dois papéis e os mostrou dizendo:

Estás vendo, hoje eu me toquei que eu fiz essa assinatura - mostrou o documento de progressão funcional e a carteira de identidade - essa assinatura eu tinha quando era adolescente, uns 18, 19 anos, é mais delicada, feminina. Olha essa outra, totalmente diferente, essa eu passei a usar logo que me formei, ela é muito parecida com a do meu pai. Achei estranho isso!

Sarah me revelava que realmente estava investigando sua identidade sexual e deparou-se com algo estranho. Sarah observou que sua assinatura modificou depois que se formou em medicina, profissão escolhida pelo pai. Foi a partir daí que ela passou a assinar como o pai, revelando uma forte identificação com este a ponto de alterar a grafia do seu nome próprio.

Na constelação familiar, Sarah era a filha caçula do segundo casamento do pai. Ao todo eram seis filhos, quatro do primeiro matrimônio de seu genitor, do qual ficou viúvo, e dois do segundo. A família vivia confortavelmente numa pequena cidade do interior onde seu pai era funcionário público e sua mãe, dedicada aos afazeres domésticos e à religiosidade. Dizia identificar-se mais com o pai, por ser afetuoso, do que com a mãe, que era fria e dominadora. Os filhos mais velhos logo mudaram para a capital do Estado a fim de dar prosseguimento aos estudos, e a criança Sarah foi criada, de certo modo, como única filha até os 13 anos, quando todos

mudaram para a capital. Lembrou que durante a infância brincava sozinha, pois convivia mais com adultos. Assim, suas experiências sexuais infantis foram estimuladas pela sedução dos adultos. Sarah recordou de várias situações em que presenciou a relação sexual entre os adultos. Também trouxe uma recordação marcante, em que foi seduzida pelo tio de sua colega, o qual tirou-lhe a roupa e encostou seu membro nos seus genitais. Contou essa situação à sua mãe que a examinou, observou que não houve penetração, disse-lhe para guardar esse segredo e não contar para ninguém, muito menos ao seu pai, pois ele iria agredir o homem. E Sarah manteve esse segredo até então.

Essas reminiscências de sua vivência sexual infantil revelavam a confusão de línguas entre os adultos e a criança e o efeito psíquico dessa confusão foi traumatogênico. Na análise, associei essas vivências traumáticas infantis à violência da terapia por telefone e ao desamparo a que Sarah ficou exposta, incapaz de metabolizar e metaforizar seus sofrimentos, devido a sua identificação com o agressor. Tal qual a situação de abuso sexual na qual recorreu à mãe e esta lhe mandou guardar esse segredo. Na revelação, ela observou que, na sua cidade, o termo “segredo” também era empregado em referência aos órgãos genitais da mulher. Essa observação foi importante, pois, com a revelação desse segredo, ela ficou mais desinibida. Sua postura e seus movimentos corporais ficaram mais descontraídos, cuidando mais de si mesma. Parecia colocar em circulação sua erótica e fazia questão de mostrar à sua analista essa conquista: foi ao salão de beleza, renovou seu guarda-roupa, principalmente com peças íntimas mais sensuais etc. Nesse período, solicitou, pela primeira vez, deitar no divã e falou de sua alegria por ter voltado a menstruar, superando o que talvez fosse uma conversão histérica produto de

um conflito psíquico de ser mulher e o imperativo de guardar o “segredo”, sua feminilidade concretizada no mal do corpo, afetava sua capacidade de procriar. Momento importante no processo analítico: Sarah pôde deitar-se e sentir-se mais solta para escutar sua história, tentar compreendê-la.

Nos momentos de crise, ela dizia sentir uma divisão interna, e falava dessa sensação por meio das imagens: o lado esquerdo da cabeça, associado aos afetos e ao coração, ficava como que paralisado, correspondia ao lado afetivo de sua vida que tinha ficado inibido. Do lado direito da cabeça, ficava a área intelectual, esta tinha se desenvolvido. Na contratransferência, eu sentia essa divisão dela no descompasso entre sua linguagem bem construída, inteligente e seu corpo, muito contraído, sem desenvoltura. Parecia ter perdido a erogenicidade dos órgãos. Sentia em meu próprio corpo o peso de seu sofrimento. Sarah me parecia uma criança muito insegura e frágil. Dizia sentir-se muito insegura nas relações amorosas, pois a sensação que tinha era de ser invadida pelo outro. A sensação que eu tinha era a de que “essa criança” não tinha uma constituição interna que lhe permitisse distanciar-se do outro sem se sentir perdida, já que o outro a invadia. Na transferência, eu tinha todo cuidado para não ser invasiva, ficava atenta a distância necessária para marcar uma presença e uma ausência, com atenção equiflutuante à associação livre.

Com o decorrer do trabalho, observei que essa divisão foi diluindo-se. Aos poucos Sarah foi expressando uma linguagem afetiva muito primorosa. Começou a cuidar mais de si, a sentir-se mais bonita e a ficar mais à vontade com os outros. Todavia, estes estados eram flutuantes. A insegurança retornava e vinha a depressão e o vazio. Nesses momentos, recorria à medicação, a qual começou a tomar quando foi diagnosticada como esquizofrênica. Ao tratar sobre esse assunto disse: “como eu sou médica, eu

mesma administro a medicação”. Após essa escuta, indiquei-lhe que procurasse um médico psiquiatra para avaliar seu estado em face do consumo de remédios.

Sarah associava suas crises a situações de perdas e separações. Inquirida sobre essa associação, ela recordou que a primeira vez que passou mal foi quando se separou do seu namorado; depois, quando se separou de um homem que considerou sua grande paixão, mas, principalmente, quando perdeu seu pai. Logo após essa perda, teve uma grave crise psíquica e foi diagnosticada por sua antiga terapeuta como esquizofrênica. Dizia: “Ela disse que eu era esquizofrênica, mas que não ligava para o diagnóstico”. Depois falou: “Era muito difícil aceitar que eu era esquizofrênica, mas hoje aceito”. Importante observar que sua demanda de análise tinha como queixa principal a separação de sua ex-terapeuta.

Em sessões posteriores, Sarah, ao tratar sobre o seu medo da loucura, de quanto esse temor imaginário lhe era persecutório, falou de outra forte identificação com seu genitor, o qual faleceu logo após sua viagem para fazer pós-graduação. Referiu-se aos sintomas deste nos seus surtos psicóticos, os quais eram vivenciados por ela com intensa angústia. Seu pai sofria de psicose maníaco depressiva e, várias vezes, ele foi internado no Hospital Psiquiátrico. Ela lembrou, muito impressionada, de um surto de seu pai.

Ele estava muito agitado e abriu a porta e saiu para a rua. A mamãe mandou eu ir atrás dele, eu fui atrás e ele não queria ir para casa; eu não sabia o que fazer, e ele naquela agitação, andando de um lado para o outro (...) Era muito ruim, eu não gostava de estar ali.” Chorou intensamente e disse: “Estou com saudade dele, ele era muito legal, muito bom.

Nessa fala de Sarah identifiquei um conflito edípico do casal parental: a mãe mandava sua filha, criança, cuidar do pai desajuizado. Pensei na confusão dessa criança em face do conflito parental. Talvez, em suas crises históricas, Sarah inconscientemente encenava as manifestações sintomáticas do seu pai, com alucinações, delírios, um temor de desintegração interno face sua fragilidade diante do outro, o que pode ter equivocado o diagnóstico de esquizofrenia, pois, como pensar nesse quadro clínico quando nessa experiência, desde o primeiro momento, estabeleceu-se uma forte transferência na qual identifiquei um conflito de ordem edípica que se expressava na busca de uma identidade sexual?

Sarah revelava uma ambivalência de sentimentos relativos à figura paterna: muito ruim, muito bom. A meu ver, ela mantinha uma identificação narcísica própria da neurose melancólica. Considerei essa diferença significativa no estabelecimento do diagnóstico diferencial. Em face da terrível frustração de não ter sido atendida por sua antiga terapeuta, ela vivenciava um intenso medo relativo à força de atração e repulsa que suas fantasias com mulheres fálicas produziam, e foi interessante, pois, na seqüência de suas associações, ela falou de sua estranheza ao deparar-se com a alteração da sua grafia, que a remetia à identificação paterna. Seu mecanismo de defesa não foi alterar a realidade, distorcendo-a conforme seu desejo inconsciente, mas sim, reconhecendo um estranho em si, o sentido de sintoma como algo estranho ao ego, próprio das neuroses, caracterizada por uma identificação narcísica (via assinatura) com seu pai teria mascarado sintomas que se apresentaram na mal configurada e confusa loucura.

Mas Sarah parecia não ter elaborado o luto da figura paterna, mantinha-o melancolicamente. Após dois anos de análise, esta chegou um dia

à sessão dizendo que tinha caído na malha fina da Receita Federal e foi pressionada a escolher entre a pensão e o salário como professora. Até então, nunca tinha falado que recebia uma pensão deixada por seu pai. Num tom alegre disse: “Engraçado, é ruim porque me ajudava no salário, mas eu senti um alívio. É como se agora eu tivesse me separado do meu pai. É como se isso ocupasse um lugar em mim, eu sinto como se na minha cabeça houvesse um espaço vazio, aqui. Eu sinto um vazio e um sentimento de que eu cresci. É como se ele mantivesse a proteção. Agora eu vou viver do meu salário.” Estaria ela elaborando o luto dessa perda?

Essa análise foi interrompida pela paciente, logo após a analista comunicar-lhe que iria mudar de cidade devido a motivos profissionais. Considerei essa decisão importante, pois revelava certa autonomia de Sarah em face de uma nova separação. Um mês após o término, Sarah procurou a analista para convidá-la para o lançamento de seu livro. Compreendi, nesse movimento de Sarah, a possibilidade de dizer adeus sem se sentir perdida.

Essa experiência clínica conduziu-me à questão da metapsicologia da técnica e à relevância da contratransferência na análise, portanto, à metapsicologia dos processos psíquicos do analista no tratamento. Como vimos no primeiro encontro, a auto-transgressão da contratransferência foi fundamental para a instauração da situação analítica. O estado de sofrimento que Sarah vivenciava demandava um enquadre que demarcava a presença em pessoa da analista, como pára-excitação à sua angústia. Por sua vez, a angústia contratransferencial evoca na analista um movimento de disjunção, e essa dissemetria dá possibilidade à paciente de nomeação de seu sofrimento, com a restituição do auto-erotismo primitivo.

CAPÍTULO 2 CONCEPÇÃO DE CONTRATRANSFERÊNCIA EM FREUD E FERENCZI.

Aquele que, como eu, desperta os piores demônios incompletamente domados no fundo da alma, deve estar pronto a não ser poupado da luta. (Sigmund Freud. Obras completas).

Neste capítulo, retornamos às origens da psicanálise, que está fundada em sólido alicerce: a concepção de aparelho psíquico, seus estudos psicopatológicos e sua técnica de intervenção psicoterapêutica. Centramo-nos em Freud, seu fundador, e em Ferenczi, discípulo que, conforme o mestre, “vale por uma sociedade inteira”, focalizando e problematizando a formulação da técnica psicanalítica e a concepção de contratransferência. Nesta elaboração, articulamos com o pensamento de Fédida, que faz uma leitura consistente e fecunda do trabalho realizado por estes grandes pesquisadores da alma humana.

2.1 A GRANDE DESCOBERTA FREUDIANA

Em 1900, Freud escreve sua tese máxima, *A interpretação dos sonhos*, obra que, juntamente com os *Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade* (1905) figuram, sem dúvida, como as contribuições mais significativas e originais de Freud para o conhecimento humano. É muito interessante a articulação do pensamento freudiano, neste período de construção da psicanálise, no qual ele busca especificar o campo próprio dessa nova ciência, e há a seguinte seqüência: da descoberta da fantasia de sedução, ele vai afastando-se dos acontecimentos da realidade externa e penetrando no caminho obscuro dos sonhos, desvendando, assim, a dinâmica

psíquica do processo inconsciente, ou melhor, os diferentes modos de funcionamento do aparelho psíquico, sua constituição e o jogo de forças que nele atuam. Nessa trilha, ele depara-se com o infantil e o sexual humano, reconhecendo estes, como constitutivos desse aparelho e como determinantes etiológicos do fenômeno psicopatológico. E, no artigo *Fragmento da análise de um caso de histeria* (1905 [1901]) vem revelar os fundamentos clínicos desta hipótese sobre o psiquismo, levando-o à elaboração de sua técnica psicanalítica. Assim, escreve Freud no caso Dora:

... desde os *Estudos*, a técnica psicanalítica sofreu uma revolução radical. Naquela época, o trabalho [de análise] partia dos sintomas e visava esclarecê-los um após o outro. Desde então, abandonei essa técnica por achá-la totalmente inadequada para lidar com a estrutura mais fina da neurose. Agora deixo que o próprio paciente determine o tema do trabalho cotidiano, e assim parto da superfície que seu inconsciente ofereça a sua atenção naquele momento (...), a nova técnica é muito superior à antiga, e é incontestavelmente a única possível. (1905 [1901] pp. 20-21)

É uma revolução radical que Freud introduz no tratamento da psicopatologia, pois o foco terapêutico são os processos inconscientes do paciente e, para tanto, o terapeuta se exime de uma posição de comando, posição de saber, e deixa-se conduzir, por meio da atenção flutuante, à fala associativa do paciente. Esta nova técnica, considerada “incontestavelmente a única possível”, emprega como modelo a interpretação dos sonhos como recurso técnico, o que já vinha sendo investigado de modo fecundo e complexo no clássico estudo *A Interpretação dos sonhos*. Nesse ponto, desejamos retomar esses ensinamentos para entendermos por que Freud considera a interpretação dos sonhos o paradigma da técnica psicanalítica?

O *livro dos sonhos*, como Freud gosta de mencioná-lo, torna-se, para ele, a peça central de sua obra. Na verdade, a mola mestra de todas as

descobertas freudianas na construção da psicanálise, na sua compreensão das diferentes psicopatologias e na especificidade de sua técnica psicoterápica. No dizer de Freud, o *livro dos sonhos* “encerra, mesmo segundo meu atual juízo, a mais valiosa de todas as descobertas que a minha boa sorte coube fazer. Uma percepção dessas ocorre no destino de alguém apenas uma vez na vida.” (apud GAY, p. 1988, 22)

O ponto de partida para suas elaborações nessa obra é sua experiência clínica, na qual diz fazer uso de dois teoremas: um, “quando se abandonam as representações-meta conscientes, as representações-meta ocultas assumem o controle do fluxo de representações”; o outro, é que “as associações superficiais são apenas substitutos, por deslocamento, de associações mais profundas e suprimidas”. Para Freud, “a rigor esses teoremas transformaram-se em pilares básicos da técnica psicanalítica”. (1900, p. 487) E, com base nesses teoremas, ele escreve o *livro dos sonhos* em direção ao desvendamento dos entrelaçamentos inconscientes. É um livro que aglutina uma miríade de fenômenos e um instrumental conceitual que possibilita o nascimento da psicanálise como disciplina. Uma disciplina que tem a especificidade de um pensamento de um grande mestre. Nesse sentido, Eliana Borges Leite traduz o encontro da obra com seu criador, quando diz:

O inconsciente é um território que impõe regras singulares a quem se dispuser a desbravá-lo e encontra em Freud um explorador à altura. É da tensão que se instala entre a natureza do objeto e as características pessoais de Freud, sua audácia de investigador e capacidade de produzir ambigüidade, que nasce o saber psicanalítico. (LEITE, 2001, p. 168-169)

O sonho é a via real para se chegar a esse território e Freud recorre, na elaboração de sua grande obra, *A Interpretação dos sonhos*, ao sonho da

injeção de Irma como paradigma de seus estudos. Desse sonho, destacamos a análise que Freud faz da seguinte cena:

repreendi Irma por não haver aceito minha solução; disse: Se você ainda sente dores, a culpa é sua... Era minha opinião, na época (embora desde então a tenha reconhecido como errada), que minha tarefa estava cumprida no momento em que eu informava ao paciente o sentido oculto de seus sintomas: não me considerava responsável por ele aceitar ou não a solução – embora fosse disso que dependia o sucesso... Notei, contudo, que as palavras que dirigi a Irma no sonho indicavam que eu estava especialmente aflito por não ser responsável pelas dores que ela ainda sentia. Se fossem culpa dela, não poderiam ser minha. Seria possível que a finalidade do sonho tivesse esse sentido? (1900, p.130)

Essa questão norteia o pensamento freudiano na elucidação teórica da técnica. E Freud vai tentando respondê-la no decurso de suas elaborações, analisando minuciosamente as forças psíquicas que operam no trabalho do sonho. Em resposta, formula a tese: o sonho é uma realização de desejos. Nessa cena, revelam-se, dentre outros, o desejo de aliviar-se da culpa, pela aflição que o atormentava, bem como, o desejo de tratar melhor seus pacientes, com compreensão mais profunda da dinâmica do processo analítico. Entende, então, que não basta ao analista desvendar as resistências do paciente à realização de seus desejos, reconhece que a questão é bastante complexa.

Compartilhamos com Fédida a idéia de que, ainda hoje, para se entender essa complexidade é preciso retomar esse momento de passagem de Freud entre psicoterapia e a técnica psicanalítica apresentado no *Livro dos Sonhos*. Assim, diz ele:

Retornar à origem da psicanálise significa de fato voltar a esse momento em que se abre o caminho para a obra psicanalítica de Freud e também em que se opera a passagem entre a psicoterapia da histeria e a escolha da descoberta técnica e teórica. Esse

momento é o da Traumdeutung e, mais precisamente, o sonho da injeção aplicada a Irma, sonho dos sonhos, caso haja um, sonho da psicanálise. (FÉDIDA, 2002, p. 153)

Importantes psicanalistas trabalharam sobre este sonho de Freud, dentre estes, Lacan, que o considera *o sonho da angústia e da regressão do eu do analista*, onde é figurada a explosão da identificação ao papel terapêutico (os terapeutas ao redor de Irma são bufões) que se mostra em toda sua impotência diante de Irma, que sofre e não consegue falar. (*apud*, FÉDIDA, 2002, p. 153)

Fédida considera essa leitura lacaniana e acrescenta em sua análise um aspecto muito importante que diz respeito à contratransferência de Freud na transferência sobre Fliess. A época em que Freud escreve seu *livro dos sonhos* é também o momento em que rompe sua relação de amizade com Fliess, que é a única pessoa com quem mantém interlocução para suas idéias nesse período. Para Fédida,

é, no fundo, a revelação interna de que, diante do sofrimento da doente, a onipotência das tentativas terapêuticas assina na verdade seu fracasso. E a regressão do eu do analista *em seu sonho - sonho* colocando em cena *sua* paciente e as figuras dos terapeutas - parece ser então o único *recurso* do analista para se apropriar de seu fracasso terapêutico e ver se desvelar a *solução* (FÉDIDA, 2002, p. 154).

Porém, para desvelar essa solução, Freud analisa justamente as forças que operam no psiquismo ao introduzir a tópica do sonho, da qual distingue duas de suas características mais importantes. A primeira refere-se à temporalidade, ao fato de que o presente é o tempo em que o desejo é representado como realizado. A segunda diz respeito à transformação de pensamentos em imagens sensoriais, a que se dá crédito, pois são vivenciadas como reais. (1900, p. 490) Observa que “essas transformações das

representações em imagens sensoriais são também encontradas nas alucinações e visões, que podem aparecer como entidades independentes, por assim dizer, na saúde, ou como sintomas nas psiconeuroses” (p. 491). Mas, no sonho, estas características de presentificação e visualidade conferem-lhe a natureza de uma cena vivida. Em seguida, Freud menciona Fechner e sua hipótese de que o sonho se desenrola numa cena completamente diversa da vida desperta e, por isso, “a idéia que aqui se oferece é a idéia de uma *localidade psíquica*” (p. 491). Essa idéia de Fechner fomenta as especulações freudianas a respeito da constituição do aparelho psíquico, distanciando-se, desse modo, de qualquer tentativa de explicação biológica, de natureza anatômica.

Freud distingue o sistema inconsciente dos sistemas pré-consciente-consciente com base nos seus estudos apresentados no *Projeto para uma psicologia científica*, em 1895. No comentário de James Strachey, “o ‘Projeto’ traz uma indicação clara que é, provavelmente, a mais crucial das descobertas dadas ao mundo em *A Interpretação dos Sonhos* – a distinção entre os dois diferentes modos de funcionamento psíquico, os Processos Primário e Secundário.” (1900, p. 22-23) Ao comparar os trabalhos *A Interpretação dos Sonhos* (1900) com o “Projeto...” (1895), o editor inglês faz notar, no prefácio do artigo *O inconsciente* (1915), que ocorre uma estranha transformação, pois não só o relato neurológico da psicologia desaparece completamente, como também grande parte do que Freud escreve no ‘Projeto’ em termos de sistema nervoso se torna agora válido, e muito mais inteligível, ao ser traduzido em termos mentais. Estabeleceu-se o inconsciente de uma vez por todas. Pela primeira vez, revela-se o inconsciente, seu funcionamento, como difere de

outras partes da mente, e quais são suas relações recíprocas entre as partes (FREUD, 1915).

Neste ponto, consideramos importante precisar a noção de aparelho psíquico em Freud, e a escrita de Maria Helena Fernandes nos parece muito apropriada:

A palavra psíquico serve para designar a natureza desse aparelho. Mas aparelho pode ser compreendido na linguagem de Freud como uma metáfora, assim como outras que ele tirou da biologia. Ora, a linguagem biologizante de Freud, tão criticada por alguns, pode, então, ser reencontrada no interior de da construção de sua obra pensada como recurso discursivo, metáfora aberta à imaginação metapsicológica, figura de linguagem que consiste na transferência de uma palavra para outro âmbito semântico que não o objeto que ela designa. Neste sentido, a noção de “aparelho psíquico”, metáfora biológica por excelência, evoca a analogia, por exemplo, com as noções de aparelho digestivo, aparelho respiratório, não apenas pela transferência da palavra “aparelho” para o interior do âmbito semântico psicanalítico, mas precisamente pelo que Freud toma emprestado da biologia, a saber, a *noção de um sistema em funcionamento*. (FERNANDES, 2003, p. 70-71)

Nesse funcionamento do aparelho psíquico, o sistema inconsciente é regido pelo processo primário, no qual há um deslizamento livre da energia, de representação em representação. Essa energia livre obedece aos mecanismos de deslocamento, condensação e sobredeterminação e são esses mecanismos que operam no trabalho do sonho, dando-lhe uma especificidade própria de expressão. O sistema pré-consciente-consciente é movido pelo processo secundário, no qual o movimento da energia é ligado, primando pelo adiamento das satisfações e imprimindo ao aparelho outras capacidades mais reguladoras dessa dinâmica psíquica.

Ao relatar o sonho da monografia de botânica, Freud descreve o mecanismo de condensação, correlacionando os pensamentos oníricos às

palavras surgidas em seu sonho, como *botânica* e *monografia* e descobre-se numa *fábrica de pensamentos*, levando à idéia de que o sonho engendra significados infundáveis. Afirma Freud:

No caso de todos os sonhos que submeti a uma análise dessa natureza, encontrei invariavelmente confirmados estes mesmos princípios fundamentais: os elementos do sonho são construídos a partir de toda a massa de pensamentos do sonho e cada um desses elementos mostra ter sido multiplamente determinado em relação aos pensamentos do sonho (1900, p. 276).

Ao dar-se conta dessa infinidade de pensamentos que contempla um sonho, destaca, então, a figura do umbigo do sonho - algo de origem - a qual dá forma sensível a um lugar de nascimento de toda vida psíquica, um lugar que é também – no efeito de dar a ver seu próprio funcionamento que é peculiar ao aparelho – *o lugar de nascimento de todas as figuras*, bem como de onde brota o desejo. Neste lugar, desde seus primórdios, a vida psíquica começa a criar as formas com as quais irá se constituir.

Nesse sentido, tanto os mecanismos de condensação como o de deslocamento e de dramatização e representabilidade produzem cada vez mais ligações, enriquecendo e ampliando gradativamente o aparelho psíquico que no início da vida é muito incipiente. Por isso, a vivência da primeira infância marca, deixa traços mnêmicos que formam a memória, daí o enorme papel desempenhado nos pensamentos oníricos pelas experiências infantis ou pelas fantasias dotadas de grande força sensorial. Para Freud, “nesse ponto de vista, o sonho poderia ser descrito como *substituto de uma cena infantil, modificada por transferir-se para uma experiência recente*” (FREUD, 1900, p. 500)

Em nota acrescentada em 1919 à teoria dos sonhos, Freud especifica que “o sonhar é, em seu conjunto, um exemplo de regressão à condição mais primitiva do sonhador” – isso tanto do ponto de vista ontogenético quanto

filogenético – e essa perspectiva o remete à “asserção de Nietzsche de que, nos sonhos, ‘acha-se em ação alguma primitiva relíquia da humanidade que agora já mal podemos alcançar por via direta” (1900, p. 502). Assim, o sonho traz, também, uma imagem da infância filogenética.

Essa característica é primordial na compreensão da tópica e da dinâmica deste funcionamento psíquico - os sonhos têm um sentido regressivo que se desenrola até atingir o nível de completa vividez sensorial. A especificidade da regressão no sonho, no dizer de Freud, está em que “uma representação é retransformada na imagem sensorial de que originalmente derivou” (1900, p. 497). Desta perspectiva, Freud distingue três tipos de regressão: a *tópica*, a temporal e a formal, todavia esses tipos “constituem um só e, em geral, ocorrem juntos, pois o mais antigo no tempo é mais primitivo na forma e, na tópica psíquica” (1900, p. 501).

Fédida, em *Dos benefícios da depressão: elogio da psicoterapia* (2002), conceitua capacidade depressiva do aparelho psíquico com base nessas formulações de Freud sobre o processo regressivo; observa que “a modelização freudiana de um ‘aparelho psíquico’ encontra-se em estreita relação com a teoria da regressão do sonho, e oferece uma espécie de metáfora diagramática (espacial) do *fóssil* (tempo petrificado) que conserva vivos os traços de uma vida originária que só deveria animar-se nas condições de uma recepção adequada” (FÉDIDA, 2002, p. 47)

É dessa perspectiva que Fédida pensa a intuição freudiana do conceito técnico do tratamento psicanalítico. Para ele, o procedimento adotado por Freud, para acolher na clínica a fala do sintoma e a fala do sonho, transformou-se na regra fundamental da psicanálise. Essa aproximação à tópica do sonho confere à situação psicanalítica e à escuta do analista uma

condição de virtualidade que acolhe, nas flutuações da linguagem, o surgimento das imagens visuais, ou seja, a própria regressão. Nesse sentido, “a figurabilidade é a modalidade específica de presença das imagens em sua relação com a linguagem na análise” (LEITE, 2003). Propor, então, ao analisando que se instale no divã e associe livremente, corresponde a convidá-lo a uma situação em que sua fala será ouvida como evocadora de imagens, quer se refira a ele mesmo ou a terceiros, a fatos excepcionais ou do cotidiano, a reflexões abstratas, a narrativas e opiniões sobre assuntos diversos ou a um sonho. São essas as condições de uma escuta e de uma recepção adequadas, que possibilitam a reanimação dos traços de uma vida originária, principalmente nos estados de depressão.

Eliana Leite, em *A figura na clínica psicanalítica*, destaca, na referência à escuta do analista, a inclusão de um dispositivo ótico, pois “a atenção flutuante do analista também consiste num estado particular de distribuição de energia que favorece o surgimento de representações involuntárias, condição que possibilita acolher estas imagens em sua potência de figurabilidade, como as imagens oníricas” (LEITE, 2001, p. 100). É dessa potência que a referência ao sonho possui um valor essencial de paradigma para se tratar da linguagem na psicanálise.

Como assinala Fédida, esse paradigma que sugere Freud o modelo dos hieróglifos, “é o de *uma escuta psicanalítica constantemente formadora de figuras*. As palavras provêm das imagens visuais, imagens que viram coisas (ou a coisa) e se escutam como nomes, na medida em que a linguagem que as escuta em silêncio produz o desenho delas” (1991, p. 137) E é esse modelo que promove e ressalta a estranheiridade da situação analítica, quando o

paciente por meio do processo regressivo transferencial reinscreve sua história com a reativação de sua memória infantil.

2.2 A DEFINIÇÃO DA TÉCNICA PSICANALÍTICA

Nesse complexo estudo apresentado em *A interpretação de sonhos*, Freud parte do exame minucioso da exigência psíquica para associar, transferir, deslocar, condensar, sobredeterminar, regredir, e analisa a dinâmica desses processos que envolvem a elaboração onírica, sob o ponto de vista dinâmico, econômico e tópico do funcionamento deste aparelho. Observa que no quadro clínico da neurose esses processos se intensificam devido ao conflito entre os diferentes sistemas. Essa dinâmica produz um dispêndio de energia psíquica alto, que leva o aparelho psíquico a estabelecer uma formação de compromisso entre os diferentes sistemas, dando origem ao sintoma. Nesse livro, como vimos, Freud articula o processo formação do sintoma ao processo onírico e, quando trata sobre o papel dos restos diurnos no conteúdo do sonho, reconhece que o conteúdo do desejo recalcado é ativado pela impressão recente. Nas palavras de Freud:

Com esta [psicologia das neuroses] aprendemos que uma representação inconsciente, como tal, é inteiramente incapaz de penetrar no pré-consciente, e que só pode exercer ali algum efeito estabelecendo um vínculo com uma representação que já pertença ao pré-consciente, transferindo para ela sua intensidade e fazendo-se 'encobrir' por ela. Aí temos o fato da 'transferência', que fornece explicação para inúmeros fenômenos notáveis da vida anímica dos neuróticos. (1900, p. 513)

Verdadeiramente, a clínica da psicopatologia é o campo que evoca as questões sobre as quais Freud debruça-se na busca de desvendá-las, compreendê-las e teorizá-las. Sobre o fenômeno da transferência, ele já o identifica como estando presente na relação médico-paciente desde os primeiros anos do seu percurso como terapeuta; embora ainda não o identifique como recurso terapêutico. A transferência, até formalizar-se como

conceito, passa por uma longa elaboração, na qual o conteúdo da noção vai se diversificando e complexificando. Assim, a conceituação de transferência integra-se ao processo de criação da psicanálise exatamente no confronto entre a prática e a teoria. Sua definição evolui em função da prática clínica, sendo, na verdade, o que determina o processo analítico, e é o mais precioso aliado da terapia, bem como seu maior obstáculo.

Inicialmente, ele considera o processo transferencial como uma falsa ligação, explicando, no capítulo sobre a *Psicoterapia da histeria*, dos *Estudos sobre histeria* (1895) que esse processo tem a seguinte dinâmica:

Quando a paciente se assusta ao verificar que está transferindo para a figura do médico as representações aflitivas que emergem do conteúdo da análise. Essa é uma ocorrência freqüente e, a rigor, usual em algumas análises. A transferência para o médico se dá por meio de uma *falsa ligação*. (...) O conteúdo desejoso apareceu, sem nenhuma lembrança das circunstâncias contingentes que o teriam atribuído a uma época passada. O desejo assim presente foi então, graças à compulsão a associar que era dominante na consciência da paciente, ligado a minha pessoa, na qual a paciente estava legitimamente interessada; e como resultado dessa *messaliance* - que descrevo como uma "falsa ligação" - provocou-se o mesmo afeto que forçara a paciente, muito tempo antes, a repudiar esse desejo proibido. (FREUD, 1895, p. 291-2)

Na sensibilidade clínica, aguçada, de Freud, ele atenta para essa falsa ligação e a acolhe, para que, junto com a paciente, possa encontrar a verdadeira ligação da representação afetiva reprimida. Percebe, nessa dinâmica, a necessidade dos neuróticos em estabelecer uma conexão casual entre os fenômenos psíquicos, como uma compulsão a associar, mesmo que seja falsa.

Com esse aprendizado clínico, de que a transferência do paciente é encobridora, tal como a lembrança manifesta do sonho, Freud, no posfácio do caso Dora, define o que são as transferências: “São reedições, reproduções das moções e fantasias que, durante o avanço da análise, soem despertar-se e tornar-se conscientes, mas com a característica (própria do gênero) de substituir uma pessoa anterior pela pessoa do médico” (FREUD, 1905, p. 110). Reconhece, então, o processo transferencial como indispensável à análise e institui como método terapêutico próprio da psicanálise a interpretação da transferência.

O tratamento de Dora ocorre em 1900, e tem pouco tempo de duração, três meses, aproximadamente, tendo sido interrompido por vontade própria da paciente. Conforme Strachey, o *Caso Dora* “é um fragmento de análise de um caso de histeria em que as explicações se agrupam em torno de dois sonhos. (...) Contém ainda resoluções de sintomas histéricos e considerações sobre a base sexual-orgânica de toda a enfermidade” (FREUD, 1905, p. 20) Sobre a base sexual-orgânica, Freud analisa o processo psíquico da complacência somática, ou seja, da conversão. Ainda, esse tratamento demarca, na clínica de Freud, o recurso da transferência como o método de tratamento psicanalítico. No dizer de Freud, “fui obrigado a falar da transferência porque somente através desse fator pude esclarecer as particularidades da análise de Dora (1905, p.112). Nessas particularidades, observa a transferência incomum” de sua paciente, a qual não conseguiu dominar a tempo o que ocasionou a interrupção prematura do tratamento. Esse caso lhe ensina o valor do amor transferencial e o faz indicar sua “importância como um fator do processo terapêutico da psicanálise” (1905, p. 112). Por isso mesmo, é nessa clínica que Freud se dá conta da contratransferência, ou melhor dizendo, de sua

transferência evocada pelo caso, reconhecendo que ficou surdo a transferência de Dora. Em nota acrescentada neste artigo, aponta o fato de que antes de reconhecer a importância da corrente homossexual nos psiconeuróticos, ficava muitas vezes atrapalhado ou completamente desorientado no tratamento de certos casos, quanto a esta questão. (1905, p. 114)

Em face dessa reação transferencial - contratransferencial - Freud segue em busca do desvendamento da sexualidade humana e realiza um minucioso estudo sobre assunto, apresentado nos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905), o qual inicia tratando sobre as aberrações sexuais, a partir do que formula o conceito de pulsão na elaboração de sua primeira teoria pulsional, na qual distingue as pulsões sexuais das pulsões do ego.

Nesse ponto, consideramos importante precisar a conceituação de pulsão e, para tanto, recorreremos ao *Dicionário Comentado do Alemão de Freud*, no qual Luiz Hanns traduz as peculiaridades no emprego freudiano do termo *Trieb*, pulsão:

Trieb, tal qual usado em alemão, entrelaça quatro momentos, que conduzem do geral para o singular. Abarca um princípio que rege os seres vivos e que se manifesta como uma força que coloca em ação os seres de cada espécie; que aparece fisiologicamente “no” corpo somático do sujeito como se brotasse dele e o aguilhoasse; e, por fim, que se manifesta “para” o sujeito, fazendo-o representar ao nível interno e íntimo, como se fosse sua vontade ou um imperativo pessoal. No texto freudiano, também, a palavra mantém estas características de uso.

... Estes significados estão todos muito próximos e sempre correlacionados com um núcleo básico de sentido: algo que “propulsiona”, “coloca em movimento”. (HANNIS, 1996, p. 338)

Dessa perspectiva, o sintoma resulta do conflito pulsional entre o desejo sexual reprimido e o desejo de auto-conservação do ego. Como se esta

substituição da idéia reprimida – sintoma – fosse protegida contra as forças defensivas do ego e, em lugar do breve conflito, começa então um sofrimento interminável. (FREUD, 1909, p. 28) O tratamento psicanalítico das neuroses visa a desvendar o trajeto ao longo do qual se constitui o sintoma em direção ao recalado - ao mais originário da infância - por meio da regressão transferencial.

É com base nessa metapsicologia da clínica que Freud escreve seus artigos técnicos e, no artigo *Dinâmica da transferência* (1912), a repetição transferencial no tratamento é reconhecida como uma força de resistência. É a transferência que opõe ao tratamento a mais forte das resistências, pois a resistência emana do conflito pulsional, assinala a força ativa do recalamento, é tanto mais forte, quanto mais próximos estamos do que nos *Estudos sobre histeria* (1895) Freud chama de *núcleo patogênico*. Em *Recordar, repetir e elaborar* (1914), este trata a transferência como repetição da ação: “Logo percebemos que a transferência é, ela própria, apenas um fragmento da repetição, e a repetição é uma transferência do passado esquecido, não apenas para o médico, mas também para todos os outros aspectos da situação atual” (FREUD, 1914, p. 197). Neste artigo, ele examina a metapsicologia dos processos psíquicos desencadeados pela memória.

Memória, conceito fundamental na concepção de aparelho psíquico, sobre o qual, já na carta 52, de 6 de dezembro de 1896, dirigida a Fliess, Freud apresenta sua hipótese de que “nosso mecanismo psíquico tenha-se formado por um processo de estratificação: o material presente em forma de traços da memória estaria sujeito, de tempos em tempos, a um *rearranjo* segundo novas circunstâncias – a uma *retranscrição*.” (FREUD, 1896, p. 322) Nesta missiva, Freud defende a tese, que será minuciosamente explorada na sua elaboração

de aparelho psíquico, em *A interpretação dos sonhos*, de que a memória não se faz presente de uma só vez, mas se desdobra em vários tempos; que ela é registrada em diferentes espécies de indicações.”(1896, p. 324). Isso porque é pela falha na memória, em sua lacuna, que se enuncia o recalcado e a resistência como impedimento à sua revelação. Por isso, reafirma, em 1914: “trata-se de preencher lacunas na memória; dinamicamente, é superar resistências devidas à repressão”(1914, p. 194). É nessa lacuna que Freud encontra o eixo para especificar a repetição em atuação (*acts it out*), e para afirmar: “ele [o paciente] reproduz não como lembrança, mas como ação; *repete-o*, sem, naturalmente, saber que o está repetindo” (1914, p. 196).

Nesse texto, Freud, ao articular os conceitos de compulsão à repetição, transferência e resistência, analisa a complexidade que envolve o manejo da transferência, o qual é considerado o instrumento principal para reprimir a compulsão do paciente à repetição e transformá-la num motivo para recordar. Desse modo, afirma: “tornamos a compulsão inócua, e na verdade útil, concedendo-lhe o direito de afirmar-se num campo definido (1914, p. 201). E, essa reprodução nesse campo definido permite a criação no espaço analítico da neurose de transferência.

À medida que o estudo metapsicológico da técnica avança, há um apropriar-se desse espaço clínico com a compreensão da neurose de transferência que surge com o tratamento. Assim, nas *Conferências Introdutórias sobre Psicanálise* (1916-1917) acentua a proposição de Ferenczi reconhecendo a transferência como um fenômeno psíquico universal, especificando que, na clínica psicanalítica, esse processo constituía-se na mola propulsora da análise. Freud elucida a tarefa terapêutica do analista:

Todos os sintomas do paciente abandonam seu significado original e assumem um novo sentido que se refere à transferência; ou apenas

tais sintomas persistem, por serem capazes de sofrer essa transformação. Mas dominar essa neurose nova, artificial, equivale a eliminar a doença inicialmente trazida ao tratamento – equivale a realizar nossa tarefa terapêutica. Uma pessoa que se tornou normal e livre da ação de seus impulsos instintuais reprimidos em sua relação com o médico, assim permanecerá em sua própria vida, após o médico haver-se retirado dela. (1916-1917, p. 518)

Nesse ponto, Freud é enfático, a 'neurose nova', constituída pelo tratamento só é possível nos casos de histeria de conversão, de histeria de angústia e de neurose obsessiva, as quais são classificadas como 'neuroses de transferência' por sua capacidade para transferir. Observa que pacientes paranóicos, melancólicos e os que sofrem de psicose não podem se beneficiar do tratamento psicanalítico porque não têm essa capacidade ou apenas possuem traços insuficientes desta. Em todo caso, a realização da tarefa terapêutica é complicada e ele toma consciência dessa complicação ao reconhecer que a transferência é o maior obstáculo.

Como vemos, o reconhecimento desse obstáculo, a partir de 1916, entra em cena, quando Freud se questiona sobre a intensidade da resistência transferencial e a impossibilidade de análise devido à transferência negativa, considerada, desde então, o maior problema da clínica psicanalítica e é desse reconhecimento que ele elabora o conceito de reação terapêutica negativa.

Nesse sentido, Beatriz Mecozzi depara-se com este sério problema em sua clínica e segue rumo à maior compreensão do conceito de reação terapêutica negativa, o qual expõe no livro *O perigo de curar-se*, em 2003. De modo bem freudiano, Mecozzi ressalta, na metapsicologia da clínica psicanalítica, o ponto de vista econômico. Na sua análise do desejo de Freud de ir a Roma, expressos no *Livro dos Sonhos* (1900, p. 205-210), considera que "Freud foi claro quando mencionou a força dos desejos que instigavam

esses sonhos, bem como a espessura do muro que o impedia de concretizá-los, erigido contra os riscos de ir adiante, de avançar em direção à Cidade eterna, com o nome feminino – Roma desejada por Freud, assim como Amália, sua mãe”. Mecozzi analisa que a partir dessa associação “Freud dá visibilidade a seu complexo de Édipo” e conclui dizendo: “ora, sabemos que esse sentimento de culpa é inconsciente e expressa a condenação do ego pelo superego, cujo modelo clínico é a melancolia associada à reação terapêutica negativa”. “Na verdade, reforça a autora, quanto mais culpados mais melancólicos, mais atados à culpa do investimento maciço do objeto primário” (MECOZZI, 2003 p. 77-78). Desse modo, a reação terapêutica negativa contém um fator quantitativo que se revela no modo imperioso da força de atração que o recalque emana, por isso a constante repetição.

No entender de J. - B. Pontalis, no seu livro *A força de atração*, a repetição do paciente se manifesta como ato já que “em vez de rememorar, elaborar, ou seja, de fazer o que se espera deles [os pacientes], eles repetem, repetem incansavelmente. Em vez de dizer e simbolizar, agem, pois a repetição, mesmo que utilize a via das palavras, é um “agir” (PONTALIS, 1991, p. 82-3). Freud, no *Livro dos sonhos*, já havia associado às palavras como coisas, como ato. Nesse sentido, traduz Pontalis, “uma memória agida, se assim podemos dizer, isto é, uma não memória, uma recusa da memória que é totalmente diferente da amnésia. Enfim – o cúmulo para a tese original da realização do desejo – o que se repete é a experiência dolorosa”. (PONTALIS, 1991, p. 82-3) Assim, “o paciente ‘age suas paixões’. No presente”. (1991, 87). Por isso que o sintoma é sempre atual.

Baseado neste ponto de vista econômico da força de atração inerente à repetição, acentua-se a investigação da técnica analítica principalmente

tendo em vista a reação terapêutica negativa que bloqueia o tratamento. Dessa perspectiva, Freud escreve, em 1919 [1918], o artigo *Linhas de progresso na terapia psicanalítica*, no qual problematiza a ‘técnica ativa’ criada por Ferenczi, justamente na sua tentativa de encontrar meios técnicos de superação deste bloqueio. Neste texto, Freud reforça um princípio fundamental: “o tratamento analítico deve ser efetuado, na medida do possível, sob privação – num estado de abstinência” (p. 205). Reconhece, entretanto, que “algumas concessões devem, certamente, ser-lhes feitas, em maior ou menor medida, de acordo com a natureza do caso e com a individualidade do paciente” (p. 206). Mas, via de regra, “uma condição de privação deve ser mantida durante o tratamento” (p. 207). Pondera quanto ao fato de a técnica da psicanálise estar direcionada à clínica da histeria, particularmente, e também, quanto a certos casos de fobia grave, em que o paciente está seriamente impedido, por exemplo, a fobia de sair à rua sozinho. Nestes casos, entende que a terapêutica só obtém êxito “quando se consegue induzi-los, por influência da análise, (...) a ir para a rua e lutar com a ansiedade enquanto realizam a tentativa” (p. 209). Ou seja, são casos que exigem uma intervenção mais direta do analista. De certa forma, Freud não nega a possibilidade de abertura de “um novo campo de técnica analítica, cujo desenvolvimento exigirá cuidadosa aplicação, e que levará às regras de procedimentos bem definidas” (p. 204). Mas, faz objeções aos tratamentos que visam a “tornar tudo tão agradável quanto possível para o paciente” (p. 207).

A problemática da técnica em face da resistência e da repetição direciona sua investigação à elaboração da segunda teoria das pulsões, distinguindo pulsões de vida e pulsão de morte. Com esta nova formulação da dinâmica pulsional, Freud ressalta o ponto de vista econômico, no qual trata

sobre a incidência de repetições ainda mais radicais, as que se produzem além do princípio de prazer e sob o império da pulsão de morte, considerando esta como a pulsionalidade propriamente dita, em seu estado bruto de desligamento e em sua imperiosa força de descarga.

Essas descobertas complexificam cada vez mais a concepção de psiquismo, e Freud se volta à elaboração da segunda tópica, em 1923, no texto *O ego e o id*, quando propõe o modelo do aparelho psíquico diferenciando-o em três instâncias: id, ego e superego, as quais estão articuladas à primeira tópica. Assim, o ego se liga à consciência e contém as representações de palavras, além de conter algo que é também inconsciente. No sistema pré-consciente, se a representação de coisa se vincular à representação de palavra, ela se torna consciente. O id é inconsciente e nele dominam os resíduos mnêmicos ópticos de coisas (FREUD, 1923). E o superego, instância que se constitui com a interdição do complexo de Édipo articulado ao complexo de castração, que implica a internalização da lei do incesto, é o predomínio do movimento inconsciente.

Com a formulação dessa segunda tópica, Freud, no seu artigo *Esboço de psicanálise* (1940[1938]), afirma sua proposição de que a pré-condição necessária aos estados patológicos advém de um enfraquecimento relativo ou absoluto de ego, que torna impossível a realização de suas tarefas. Assim, ele argumenta: “a exigência mais severa feita ao ego é provavelmente a sujeição das reivindicações instintivas do id, para o que ele é obrigado a fazer grandes dispêndios de energia em anticatexias. Mas as exigências feitas pelo superego também podem tornar-se tão poderosas e inexoráveis que o ego pode ficar paralisado, por assim dizer, frente às suas outras tarefas” (p. 199). Desse modo, a técnica analítica destina-se “a compensar a ignorância do paciente e a

devolver a seu ego o domínio sobre regiões perdidas da sua vida mental” (p. 200). Para tanto, ele reafirma o pacto analítico de obediência à *regra fundamental*, assim como acentua na postura do analista seu compromisso de manter sinceridade e discrição para com o paciente. Então, o objetivo da psicanálise é fortalecer o ego, ampliando seu campo de percepção e sua organização, de maneira a que possa apropriar-se de novas partes do id – onde era o id, ficará o ego – o que já tinha sido abordado por Freud na XXXI Conferência, das *Novas leituras introdutórias*, em 1933. Para tanto, ele reafirma o pacto analítico de obediência à *regra fundamental*, assim como acentua na postura do analista seu compromisso de manter sinceridade e discrição para com o paciente. Também enfatiza a transferência como fator de importância incomensurável no tratamento, “por um lado instrumento de insubstituível valor, e, por outro, uma fonte de sérios perigos” (1940[1938], p. 199)

Com essas novas formulações metapsicológicas, Freud reafirma seu posicionamento quanto às forças operantes e destrutivas que bloqueiam o tratamento, e então, para ele, a questão não se refere propriamente à técnica, mas sim à própria constituição psíquica humana e ao imperativo pulsional. Por isso, no artigo *Análise terminável e interminável*, 1937, Freud dá ênfase aos fatores constitucionais entre as maiores dificuldades com que a psicanálise se defronta e problematiza sobre o término de uma análise, distinguindo três “fatores decisivos para o sucesso ou não do tratamento analítico – a influência dos traumas, a força constitucional dos instintos e as alterações do ego” (1937, p. 256), e questiona quanto ao fator constitucional: é possível, mediante a terapia analítica, livrar-se de um conflito entre uma pulsão e o ego, ou uma exigência pulsional patogênica ao ego, de modo permanente e definitivo? Em resposta a esta difícil questão, Freud recorre à Metapsicologia da Feiticeira,

citando *Fausto*, de Goethe: '*Temos de chamar a Feiticeira em nosso auxílio, afinal de contas!*' Então, propõe: "Sem especulação e teorização metapsicológica - quase disse 'fantasiar' -, não daremos outro passo à frente. Infelizmente, aqui como alhures, o que a Feiticeira nos revela não é claro nem muito minucioso" (p. 257).

Todavia, esse auxílio da *Feiticeira* coloca em destaque o fator quantitativo da força pulsional, ou seja, põe em relevo o ponto de vista econômico nessa metapsicologia da técnica, observando a variabilidade no efeito da análise. Freud analisa o problema da variabilidade do efeito na análise, sob diferentes fatores, dentre estes: o fator traumático, o processo de evolução da libido e seu aspecto de adesividade articulado com a constituição do ego, bem como, a ambivalência no processo transferencial, considerando que as resistências manifestadas na transferência negativa "constituem resistências não apenas à conscientização dos conteúdos do id, mas também a análise como um todo, e, assim, ao restabelecimento" (1937, p. 272). Neste ponto, destaca o sentimento de culpa e a necessidade de punição decorrentes da relação do ego com o superego, que se tornam mais claras com os estudos sobre o fenômeno do masoquismo, da melancolia e a concepção da segunda teoria das pulsões: pulsões de vida e pulsão de morte. Acrescenta, ainda, nestes fatores que intervêm sobre o efeito da análise, as características da personalidade do analista. Para tanto, retoma a Conferência de Ferenczi, de 1927, *O problema do fim da análise*, apresentada no X Congresso Internacional de Psicanálise em Innsbruck. Nessa leitura freudiana,

Ferenczi demonstra ainda o importante ponto de que o êxito depende muito de o analista ter aprendido o suficiente de seus próprios 'erros e equívocos' e de ter levado a melhor sobre 'os pontos fracos de sua personalidade'. Isso fornece um suplemento

importante ao nosso tema. Entre os fatores que influenciam as perspectivas do tratamento analítico (1927, p. 281).

Em face dos fatores expostos, pondera quanto ao fim da análise e à análise interminável, tanto para o paciente quanto ao próprio analista.

2.3 O ENCONTRO DE FREUD COM FERENCZI

Ferenczi conhece Freud em 1908, no momento histórico em que a psicanálise encontra-se no auge de sua produção como novo saber. Com seu fundador envolvido na especificação da transferência como técnica psicanalítica. Nesse encontro, nasce uma grande amizade e uma firme convicção de Ferenczi nos pontos de vista formulados por Freud. Este, por sua vez, fica admirado com o espírito investigativo de Ferenczi e o convida a apresentar uma conferência no I Congresso de Psicanálise, em abril de 1908. Sua exposição trata sobre “Psicanálise e Pedagogia”, sendo o primeiro texto psicanalítico que articula estes dois campos do conhecimento. Em seguida, é convidado por Freud a uma visita aos Estados Unidos para apresentar a psicanálise ao novo mundo. Para realçar a fluência do pensamento ferencziano, Freud fala dessa viagem no necrológio de seu discípulo, dizendo que, antes de fazer sua exposição à platéia americana, solicita a Ferenczi uma idéia sobre o que abordar naquele dia, e então seu convidado dá um esboço daquilo que Freud, meia hora depois, improvisa na sua conferência (FREUD, 1933, p. 277). Desse modo, realizam vários trabalhos juntos na construção do saber psicanalítico e de sua transmissão. Na perspectiva de demarcar o campo psicanalítico e garantir uma transmissão condigna deste saber, Ferenczi fica

responsável por apresentar no II Congresso de Psicanálise, em 1909, uma conferência, “Sobre a história do movimento psicanalítico”, propondo a criação da Associação Psicanalítica Internacional, a qual é aprovada por todos.

Ferenczi formou-se em medicina e se especializa em neuropsiquiatria. Exerce a psiquiatria até 1909, quando, após conhecer a produção freudiana de então, consagra toda sua prática à psicanálise. Assim, a questão clínica nesse momento é a transferência. Nesse sentido, escreve neste mesmo ano, um dos seus primeiros e mais elucidativos textos – *Transferência e introjeção*, de 1909 – em que Ferenczi retoma o conceito de transferência do mestre e concebe a tendência psíquica à transferência como universal. No seu dizer, “uma visão de conjunto desses diferentes modos de *‘transferência para o médico’* reforça minha convicção de que *essa é apenas uma das manifestações – muito importante, sem dúvida – da tendência geral dos neuróticos para a transferência*” (FERENCZI, 1909, p. 83). Na clínica, o médico catalisa essa tendência do paciente e dá encaminhamento à análise transferencial a fim de desvendar seus desejos sexuais reprimidos. “A análise mostra, diz ele, que a associação do médico à sexualidade forma-se desde a infância, de modo geral quando, através da brincadeira de médico, as crianças satisfazem sua curiosidade sexual” (1909, p. 80).

Fundamentado na concepção da universalidade da transferência e no método analítico do processo transferencial, elabora sua tese de que “o mecanismo dinâmico de todo amor objetual e de toda transferência para um objeto é uma extensão do ego, uma introjeção” (FERENCZI, 1909, p. 162). Assim, para este autor, o ego se constitui por meio do processo de introjeção através do qual se dá a transferência e a identificação objetual. Formula o conceito de introjeção em referência ao mecanismo de projeção, na paranóia.

Nesta, o ego esvazia-se por meio do mecanismo de defesa projeção, particularmente, das identificações objetais persecutórias; na neurose, o ego constitui-se e amplia-se por meio do processo de introjeção. Na especificação de Pinheiro:

o neurótico está em perpétua busca de objetos de identificação, de transferência; isso significa que atrai tudo o que pode para a sua esfera de interesses, 'introjeta-os'. O paranóico entrega-se a uma busca de objetos análoga, mas é para 'colar' neles – como vulgarmente se diz – a libido que o incomoda (...) o 'ego' do neurótico é patologicamente dilatado, ao passo que o paranóico sofre, por assim dizer, uma contração do 'ego' (PINHEIRO, 1995, p. 84)

Ferenczi ressalta, em sua diferenciação entre o mecanismo de projeção e o processo de introjeção, que são dinâmicas psíquicas metapsicologicamente distintas.

Teresa Pinheiro revela, na sua tese sobre a relevância da obra de Ferenczi à psicanálise, que o fator primordial de sua concepção de introjeção “diz respeito à linguagem, ao mundo de representações do objeto, à ordem de valores, ao investimento e ao sentido, mais do que o objeto em si introjetado.” Em Ferenczi, esclarece a autora, “o objetivo da introjeção refere-se sobretudo à subjetividade; trata-se de trazer para a esfera psíquica os sentimentos do objeto, este funcionando apenas como suporte das representações já investidas que traz consigo” (PINHEIRO, 1995, p. 46) Dessa perspectiva,

é o processo de introjeção que possibilita a inscrição do diferencial prazer/desprazer no aparelho psíquico, é ele que funda esse aparelho; é ele que implanta a ordem da sexualidade através do princípio do prazer”, bem como, “no aparato psíquico concebido por Ferenczi é a introjeção que determina a imersão do sujeito no universo simbólico da subjetividade. Esta idéia opõe-se à idéia de mundo da natureza (PINHEIRO, 1995, p. 47).

Na origem de constituição desse aparelho formulado por Ferenczi, o qual se apóia na concepção da primeira tópica freudiana, está a 'introjeção primitiva', originada das primeiras transferências daqueles que recebem o bebê no mundo e lhes transferem o sentido da vinda desse bebê em suas vidas. Nas palavras de Ferenczi:

O primeiro amor, o primeiro ódio, realizam-se graças à transferência: uma parte das sensações de prazer ou de desprazer, auto-eróticas na origem, deslocam-se para os objetos que as suscitaram. (...) O primeiro *amor objetal*, o primeiro *ódio objetal* constituem, portanto, a raiz, o modelo, de toda transferência posterior, que não é, por conseguinte, uma característica da neurose mas a exageração de um processo mental normal (1909, p. 85).

Essa assertiva de que não há diferença fundamental entre a normalidade e o psicopatológico torna-se evidente com as elaborações freudianas da interpretação de sonhos, da clínica da neurose, da psicopatologia da vida cotidiana, dos estudos da sexualidade humana, enfim, com a metapsicologia produzida até então. A esta, Ferenczi acrescenta o processo de introjeção, o qual tem importantes conseqüências tanto na teoria quanto na técnica psicanalítica. Assim, Luís Cláudio Figueiredo, em *Elementos para a clínica psicanalítica*, esclarece:

Ao longo de seus trabalhos iniciais sobre questões da técnica, Ferenczi enfatizará a importância dessa propensão à introjeção e à transferência no tratamento psicanalítico da neurose. É ela que confere ao analista o grande poder de intervir no psiquismo do paciente "desde dentro", ou seja, como um objeto incluído em suas esferas de interesses passionais e alvo de amores e ódios primitivos. Em acréscimo, é o que se reedita na relação com o analista que poderá ser observado e analisado como uma presentificação daquele passado que está na origem do adoecimento neurótico e inscrito em sua dinâmica (FIGUEIREDO, 2003, p. 135)

Os conceitos de introjeção e de identificação são fundamentais no pensamento ferenciano da teoria da técnica, do lugar do analista no tratamento, assim como das dificuldades que enfrenta em sua clínica, com casos considerados graves, que impõem ao analista um pensar clínico diferente daquele encontrado no tratamento da histeria.

2.4 A PROBLEMÁTICA FERENCZIANA DA TÉCNICA

A preocupação por parte de Freud e Ferenczi com a técnica da clínica psicanalítica acompanha estes autores no percurso de elaboração de seus trabalhos metapsicológicos, todavia, entre 1910 e 1920 - em que o novo saber está obtendo o reconhecimento da validade de suas hipóteses e pontos de vista quanto à determinação dos processos psíquicos na vida humana - na psicopatologia essa preocupação é maior, pois os mecanismos de defesa tornam-se mais resistentes. Assim, há um movimento inquietante em direção à especificação da técnica psicanalítica devido à formação dos novos analistas, para que compreendam os processos psíquicos inconscientes de seus pacientes, movidos na clínica que tem como método terapêutico a interpretação da transferência. Para tanto, Freud escreve vários artigos sobre a técnica, bem como seus escritos metapsicológicos para especificar o alicerce das teorizações psicanalíticas. Como esclarece Maria Helena Fernandes no seu artigo *A “feiticeira” metapsicologia*:

Com efeito, a estruturação da metapsicologia se manteve ao longo de toda obra de Freud como um projeto em construção. Seu caráter inacabado, insiste Fédida, pode ser compreendido como uma recusa de Freud em adotar teorias que funcionariam como doutrinas. Percebemos igualmente sua preocupação em não cristalizar uma

teoria geral, devido, sem dúvida, aos perigos de uma generalização conceitual (FERNANDES, 2003, p. 104).

O problema entre Freud e Ferenczi começa com a questão da técnica. Freud, na Conferência *Explicações, Aplicações e Orientações* (1933 [1932]), reconhece: “Talvez os senhores saibam que nunca fui um terapeuta entusiasta.” (185) e Ferenczi, o único discípulo considerado por Freud como mestre e professor de psicanálise, trouxe importantes contribuições à teoria psicanalítica e, particularmente, à técnica terapêutica. No entender de Viana, “Ferenczi exauriu a clínica, fazendo, experimentando, testando e inventando técnicas que visavam à efetividade da cura analítica. Ele era guiado pela cura. Para Freud, a cura era um acontecimento secundário no seu percurso, já que não era guiado pelo psiquismo particular de um homem em particular” (VIANA, 1993, p. 24). Uma espécie de contraponto, como Viana entende a produção destes autores.

Já para Teresa Pinheiro, Ferenczi tem uma obra que complementa a de Freud – como se tivesse dividido as tarefas na construção teórica dos impasses que a psicanálise ia se deparando ao longo do seu percurso. Essa noção de complementaridade é atestada por Freud no necrológio de Ferenczi em 1933. Nele encontramos:

Durante vários anos seguidos passamos juntos nossas férias na Itália e mais de um trabalho posteriormente publicado sob seu nome ou o meu teve ali, nas nossas conversas, sua forma primeira. A produção psíquica foi o eixo da construção teórica de Freud, que centrou na idéia de castração a estruturação do aparelho psíquico. Ferenczi, em contrapartida, se ocupou da teoria do espaço do analítico e do lugar do analista (PINHEIRO, 1995, p. 120-121)

De fato, na leitura da obra de Freud e na leitura da obra de Ferenczi, no estilo próprio de cada um, há uma interlocução e uma cumplicidade de pensamentos e idéias que solidificam a nova ciência psicanálise. Ambos têm uma firme convicção na primeira tópica psicanalítica, ou melhor dizendo, uma convicção na existência de um aparelho psíquico que determina a vida humana e que é constituído, especialmente, por um sistema de funcionamento inconsciente, que contém em si a força de uma sexualidade infantil, a qual demarca o sujeito em sua constituição. Porém, possuem pontos de vista diferentes, mas não excludentes, quanto ao modo de constituição do aparelho psíquico e, em conseqüência, ao tratamento psicanalítico.

Freud até ao final de sua obra sustenta o fator constitucional como determinante do procedimento terapêutico, enquanto Ferenczi, embora reconheça a força do fator constitucional na dinâmica psíquica do paciente, enfatiza o fator traumático, advindo do ambiente, como determinante da psicopatologia e, por isso, torna-se referência, na primeira geração de analistas, para os casos considerados difíceis, suas formulações sobre a técnica procuram dar conta de uma clínica de psicóticos, casos-limite e grandes somatizadores. Nesses casos, o que se destacava era a desestruturação psíquica. A resposta para esses pacientes difíceis, Ferenczi foi encontrar na sua teoria do trauma, trauma desestruturante e, portanto, patológico. (PINHEIRO, 1995) Desse modo, são as questões impostas pelo exercício da clínica que conduzem Ferenczi à elaboração de uma teoria do trauma e, por conseguinte, uma teoria da clínica em que questões da transferência e do lugar do analista ganham relevo.

Ferenczi enriqueceu a psicanálise com suas elaborações teóricas advindas de sua prática clínica, graças, principalmente, ao seu profundo

interesse pela investigação da técnica psicanalítica. Suas elaborações partem de questões que envolvem tanto a análise dos processos psíquicos do paciente como do analista. Em relação aos processos psíquicos do analista, no artigo *A técnica psicanalítica*, (1919 [1918]), Ferenczi dedica um tópico ao domínio da contratransferência, e, ao final deste, faz uma análise apropriada da terapêutica analítica, explicitando:

A terapêutica analítica cria, portanto, para o médico, exigências que parecem contradizer-se radicalmente. Pede-lhe que dê livre curso às suas associações e às suas fantasias, que deixe falar *o seu próprio* inconsciente; Freud nos ensinou, com efeito, ser essa a única maneira, de aprendermos intuitivamente as manifestações do inconsciente, dissimuladas no conteúdo manifesto das proposições e dos comportamentos do paciente. Por outro lado, o médico deve submeter a um exame metódico o material fornecido, tanto pelo paciente, quanto por ele próprio, e só esse trabalho intelectual deve guiá-lo, em seguida, em suas falas e em suas ações. (...) Entretanto, essa oscilação permanente entre o livre jogo da imaginação e o exame crítico exige do psicanalista o que não é exigido em nenhum outro domínio da terapêutica: uma liberdade e uma mobilidade dos investimentos psíquicos, isentos de toda inibição (FERENCZI, 1919[1918], p. 367)

Essa compreensão metapsicológica de Ferenczi sobre a terapêutica analítica nos parece fecunda, pois revela o ponto de vista tópico das posições e lugares psíquicos, tendo como referência a elaboração onírica, e os pontos de vista econômico e dinâmico da terapia, movido pela oscilação permanente entre o livre jogo da imaginação e os exames críticos do psicanalista, que singularizam esse tratamento. É desta perspectiva que Ferenczi ressalta a relevância da auto-análise do analista e a análise deste com outra pessoa. Considera esta última a segunda regra fundamental da psicanálise, pois compreende que nenhuma auto análise o pode ser suficiente, pois, para ele, a análise é eminentemente social.

Nesse período, Ferenczi observa em certos casos uma estagnação no processo de associação livre do paciente, e a partir da análise desses casos acrescenta à técnica clássica, baseada no princípio de abstinência e frustração, a utilização excepcional da 'técnica ativa'. Em relação ao emprego deste artifício técnico, Ferenczi adverte: "O ponto essencial continua sendo o *emprego excepcional* desse artifício técnico, que é mais um auxiliar, um complemento pedagógico da análise propriamente dita e jamais deve pretender substituí-la" (FERENCZI, 1921, p. 117). Para ele, esta técnica só deve ser usada quando houver indícios seguros da *solidez da transferência*. Advertindo ao principiante de abster-se de sua utilização enquanto não tiver uma compreensão da dinâmica da neurose, que é obtida por meio da regra fundamental.

Uma das primeiras prescrições por Ferenczi da técnica ativa encontra-se no trabalho, *Dificuldades técnicas de uma análise de histeria*, de 1919, ao qual Freud faz referência no artigo *Linhas de progresso na terapia psicanalítica*, acima referido. O texto de Ferenczi traz o caso de uma paciente que punha tanta inteligência quanto zelo em obedecer às regras do tratamento psicanalítico e o tratamento não avançava. Depois de duas interrupções, a paciente retorna e novamente o processo terapêutico estagna. Ferenczi observa as fantasias amorosas dirigidas ao médico e observa, também, pela postura da paciente, que estas fantasias encontram satisfação nas "sensações eróticas genitais". Esse desvio da libido à satisfação auto-erótica impede o fluxo da associação livre no tratamento. E isso faz com que ele intervenha ativamente, dizendo: "devo confessar que precisei de muito tempo - e isso é significativo da lentidão com que uma intuição nova já operante emerge na consciência - para pensar em proibir à paciente essa postura" (1919, p. 2)

Após essa interdição, outras houve, em função da compulsão da paciente à satisfação auto-erótica, mas depois de vários interditos, nos quais “ela encarregara-se de uma tarefa”, o jogo demonstra valer a pena, pois, diz Ferenczi:

a sexualidade, à qual todas as vias de escoamento anormais estavam barradas, encontrou por si mesma, sem exigir menor indicação a esse respeito, o caminho da zona genital que lhe estava normalmente recalçada numa certa época do desenvolvimento, exilada por assim dizer de sua pátria em regiões estranhas(1919, p. 3)

Nessa elaboração sobre a técnica, Ferenczi deixa claro que a ‘atividade’ a qual se refere na “nova regra analítica” diz respeito mais ao paciente que ao analista, pois, para ele, no processo analítico clássico, este já desempenha um papel ativo. A própria interpretação já é uma intervenção ativa no psiquismo do paciente, pois privilegia uma associação em detrimento de outras e interrompe o livre curso das associações deste. A técnica ativa é uma intervenção que intensifica o papel do agente provocador, com injunções e interdições via transferência e, desse modo, favorece a repetição. Visa a comprometer o paciente com a regra do processo analítico. De acordo com Teresa Pinheiro:

Na técnica ativa ressalta-se o conforto do analisando, ou o prazer que este pode experimentar durante as sessões de análise, o que, para Ferenczi, seria a causa da estagnação do processo psicanalítico. Para ele, o conforto do paciente era sinal de que estaria sendo escoado prazer durante as sessões. Ora, uma das regras fundamentais da análise, a abstinência, visa, em termos econômicos, não permitir o escoamento do prazer. Se o prazer estava sendo escoado durante as sessões, a regra de abstinência estaria sendo de alguma maneira burlada. (1995, p. 105)

Quer dizer, Ferenczi tem um posicionamento que discerne com clareza o emprego da regra fundamental como próprio do tratamento analítico. O direcionamento de sua investigação sobre a técnica acentua, cada vez mais, a criação de um *setting* analítico que propicie o livre associar do paciente por meio da transferência.

Além do artigo *Dificuldades técnicas de uma análise de histeria*, de 1919, compõem este estudo sobre a técnica ativa: *Prolongamentos da técnica ativa em psicanálise* (1921), *Fantasias prolongadas* (1924), *Psicanálise dos hábitos sexuais* (1925) e *Contra-indicações da técnica ativa* (1926). Neste último, Ferenczi examina a inadequação da técnica ativa:

A atividade, enquanto medida de frustração, tem sobretudo por efeito, portanto, perturbar e desfazer a transferência; como tal, ela é inevitável no final do tratamento mas, utilizada de forma adequada, perturba infalivelmente a relação entre o médico e o analisando. (...) acabei por me convencer de que essas mesmas instruções formais representam um perigo; elas levam o médico a impor à força a sua vontade ao paciente numa repetição exageradamente fiel da situação pais-criança ou a se permitir posturas perfeitamente sádicas de professor (1926, p. 366-367).

Durante esse período em que emprega a técnica ativa até chegar à sua contra-indicação, Ferenczi aprende que “convém deixar insatisfeitos os desejos que o paciente tem de obter sinais de uma contratransferência positiva”. Mas, segundo ele, o tratamento “deve repetir as reações do paciente à privação em condições mais favoráveis do que aquelas que foram possíveis na infância” (1926, p. 371).

Pensamos que essa preocupação com *as condições mais favoráveis do que aquelas que foram possíveis na infância*, torna-se a questão mais forte no pensamento ferencziano sobre a clínica psicanalítica. E, assim, no artigo *Elasticidade da técnica psicanalítica*, de 1928, Ferenczi revela sua

preocupação com a formação do analista para “apreender a tónica, a dinâmica e a economia do funcionamento psíquico” (1928, p. 26) - do seu paciente e a do analista - a partir do que propõe a metapsicologia da técnica. Para tanto, enfatiza a “equação pessoal”, ou seja, para ele é uma questão de *tato* psicológico, de saber quando e como se comunica alguma coisa ao analisando. A técnica ativa havia-lhe ensinado, dentre outras coisas, que o tratamento deve oferecer condições mais favoráveis do que aquelas vividas pelo paciente na infância. Para tanto, há necessidade de uma elasticidade na técnica empregada pelo analista, a fim de não intensificar a frustração e o sofrimento deste. Desse modo, associa o conceito de equação pessoal à análise pessoal do analista, que permitirá uma acessibilidade maior às questões do paciente. Para ele, “O *tato*, é a faculdade de ‘sentir com’ (*Einfühlung*” (1928, p. 27). Considera como a única base confiável para uma boa técnica analítica a análise terminada do analista. “É evidente que num analista bem analisado, diz ele, os processos de ‘sentir com’ e de avaliação, exigidos por mim, não se desenrolarão no inconsciente, mas ao nível pré-consciente” (p. 36).

Para Ferenczi, a técnica clássica baseada no princípio de abstinência/frustração e na interpretação do analista esbarrava em “resistências objetivas” difíceis de serem transpostas, isto é, os analisandos viam “a reserva severa e fria do analista como a continuação da luta infantil contra a autoridade dos adultos” (1930, p. 61) Por resistências objetivas, Ferenczi se refere, portanto, àquelas criadas pela própria técnica e *setting* clássicos, irreduzíveis à análise, mas que, ao contrário, exigiam do analista uma modificação do enquadre analítico para sua superação.

Esses estudos sobre a metapsicologia da técnica estão articulados com a investigação que vem realizando sobre a relação adulto-criança e a concepção de trauma. Desse modo, Ferenczi aproxima a análise de adultos da análise de crianças e, assim, “a concepção de uma ‘linguagem de ternura’ própria para o diálogo com infantil presente em qualquer análise ganharia principalidade” (KUPERMANN, 2003, p. 265).

Para elucidar essa relação, Ferenczi escreve, em 1933, *Confusão de línguas entre os adultos e a criança. A linguagem da ternura e da paixão*, apoiado nos conceitos de introjeção, identificação e transferência, e estes estudos o fazem ressaltar a transferência materna como ponto crucial no tratamento. Ou seja, Ferenczi traz como modelo a relação mãe-filho similar à relação analista-paciente e destaca a impotência psíquica originada do trauma. “O paciente sem consciência é efetivamente, em seu transe, como uma criança que não é mais sensível ao raciocínio, mas, no máximo, à benevolência (*Freundlichkeit*) materna” (FERENCZI, 1933, p. 101) E em face destes estados traumáticos, Ferenczi ressaltava a complexa posição do analista no manejo da transferência, particularmente, tendo em vista o aspecto narcisista do analista, que pode levá-lo a atuar como um adulto sedutor na relação com seu paciente.

Na leitura de Kupermann, “a noção de ‘tato’ e a formulação das noções de ‘empatia’, ‘acolhimento’, ‘benevolência’ e ‘benevolência materna’ definem o pensamento ferencziano sobre a postura clínica do psicanalista. Nessa perspectiva, “o ‘lugar’ do analista é identificado ao de uma mãe amorosa e complacente, exageradamente passiva frente aos movimentos afetivos – amor ou ódio – dos analisandos, sempre pronta a atender as suas demandas amorosas infantis” (KUPERMANN, 2003, p. 55)

Na apreciação de Pinheiro, “o conceito de ‘materno’, que se depreende da obra, caracteriza-se por uma disponibilidade oceânica, pela afabilidade e pela capacidade de suportar um parasita interinamente dependente dela. Quando essa maternidade se torna falha, transforma-se, ao mesmo tempo, na causa principal do trauma”(1995, p. 34)

Ao traçar um paralelo entre a técnica clássica de Freud e a proposta de Ferenczi da elasticidade da técnica, Kupermann observa a chamada técnica ativa que, exarcebando as concepções clínicas de Freud baseadas na regra de abstinência, privilegiaria o lugar do analista como destinatário de uma “transferência paterna”. Ferenczi, ao formular um princípio de relaxamento no *setting* e ao ampliar os limites de acolhimento dos analisandos, aproximando o processo da neocartase, privilegia o lugar do analista como destinatário de uma transferência materna (KUPERMAN, 2003).

Essa análise pormenorizada da situação clínica conduz Ferenczi a ressaltar o fator traumático na patogênese da neurose. Nessa concepção, o trauma pressupõe a intervenção de um fator exógeno que impõe uma mudança no aparelho psíquico. Deste ponto de vista, Ferenczi se contrapõe a Freud, que, na construção da metapsicologia, dá ênfase ao que o próprio aparato psíquico é capaz de produzir.

Em suma, em lugar dos fatores endógenos, seriam sobretudo os fatores externos ao sujeito os grandes perturbadores do aparelho psíquico. Não existe aí nenhum radicalismo, como se poderia pensar, pois ele não põe em dúvida a importância dos fatores endógenos, embora sempre ressalte os externos ao mundo intrapsíquico. (PINHEIRO, 1995, p. 35)

Teresa Pinheiro, estudiosa da obra desse autor, elucida a gama de significações do que Ferenczi chama de trauma, que inclui tanto o aprendizado das normas de higiene quanto uma violência sexual sofrida pela criança. A

higiene corporal, a própria castração são situações traumáticas que a criança tem de introjetar em seu aparato psíquico em constituição, por meio da identificação e amor aos pais. Enfim, o pensamento ferencziano focaliza os efeitos dos acontecimentos traumáticos na constituição do aparelho psíquico, concebida por Freud. Pinheiro analisa que “não sem perdas que as instâncias psíquicas se formam, mesmo quando todas as condições estão presentes para a mudança. Alguns traumas são não apenas inevitáveis, como também necessários à estruturação psíquica. A castração é o exemplo máximo disto” (PINHEIRO, 1995, p. 65).

Na sua formulação conceitual de trauma, Ferenczi analisa o ambiente e a relação entre os adultos e a criança – se acolhedora à erótica da ternura infantil que permita a criança suportar e elaborar os inevitáveis traumas da vida, ou se perturbadora, na qual reina a confusão de línguas. Nesse sentido, Pinheiro, em *Ferenczi: Do grito à palavra*, especifica esse adulto a que se refere Ferenczi em sua teoria do trauma, e escreve:

Porém, na maior parte do tempo, o adulto que interessa a Ferenczi é aquele que vem perturbar a criança, seja por seu caráter imprevisível, que a criança não controla; seja porque o adulto é um mentiroso que nega a verdade do vivido da criança; seja porque o adulto possui uma linguagem da paixão que irá invadir a linguagem da ternura, própria da criança. O adulto assim mostrado por Ferenczi ao longo de seus textos é sobretudo alguém que não tem tato na relação com a criança, um adulto pouco cuidadoso, incapaz de ajudar a criança na sua relação consigo mesma (PINHEIRO, 1995, p. 37).

Em face desses estados traumáticos, Ferenczi ressalta a complexa posição do analista no manejo da transferência, particularmente, tendo em vista o aspecto narcisista do analista que pode levá-lo a atuar como um adulto sedutor na relação com seu paciente e alterar sensivelmente as coordenadas

do processo terapêutico. Nesse sentido, ele especifica os efeitos danosos que o excesso do narcisismo do analista pode produzir:

O *narcisismo do analista* parece apropriado para criar uma fonte de erros muito abundante, na medida em que suscita, por vezes, uma espécie de *contratransferência* narcísica que leva os analisandos a realçar as coisas que lisonjeiam o médico e, por outro, a reprimir os comentários e as associações pouco favoráveis que lhe dizem respeito (...) a angústia e o sentimento de culpa do paciente jamais podem ser superados sem essa autocrítica do analista (FERENCZI, [1924], 1992, p. 237)

Dessa perspectiva, Daniel Kupermann depreende, particularmente nos últimos textos, o sentido de contratransferência vislumbrado por Ferenczi, “que abrange tanto a expressão dos afetos oriundos dos próprios investimentos transferenciais do psicanalista quanto às resistências e os pontos cegos nele suscitados pelo impacto dos afetos a ele endereçados; mas além disso, abrangeria também a expressão de afetos inéditos suscitados no encontro analítico” (2003, p. 51) Nesse encontro analítico, o analista deve proporcionar as condições mais favoráveis para o paciente “soltar a língua”.

Vários autores reconhecem a grande contribuição de Ferenczi à técnica da psicanálise. Dentre estes autores, destacamos Pierre Fedida, com o livro *O sítio do estrangeiro* (1996). Para ele:

A grande contribuição de Ferenczi, seja enquanto primeira elaboração da técnica da contratransferência (tomada ao vivo na transferência), seja como esboço teórico da supervisão (especialmente através da fecunda, embora fantasista, ficção da ‘análise mútua’, deve-se principalmente à descoberta de que nenhuma pode ser considerada terminada caso não permita, na transferência, o encontro com a *hostilidade* selvagem da qual ela é memória filogenética. (FÉDIDA, 1996, p. 101).

Ao tomar ao vivo a transferência – tanto do analista quanto do paciente – Ferenczi abre a possibilidade do encontro analítico com o trauma originário, a partir do enquadre analítico que favoreça o paciente soltar a língua. Enquanto, em Freud, encontramos “o perigo de curar-se” como algo intransponível, já que constitucional.

2.5 AS TRANSFERÊNCIAS, O GRANDE ENTRAVE.

De fato, as transferências – tanto do paciente, quanto do próprio analista – são a engrenagem da clínica psicanalítica, bem como pode se constituir em seu maior entrave. Essa é a questão mais complicada da técnica psicanalítica: qual o manejo das transferências mais adequado ao tratamento?

No que tange ao problema da contratransferência, esse se torna objeto de investigação psicanalítica justamente nessa época em que Freud se volta à formação do analista, devido à expansão de adeptos da terapia e teoria psicanalítica. Este permanente e infundável enigma já se tornara presente desde o início das investigações sobre a doença dos nervos, particularmente quando Freud depara-se com a contratransferência de Breuer à transferência erótica de Anna O. Também, pode-se depreendê-lo quando Freud questiona numa carta dirigida a Fliess, em 14/11/1897, sua auto-análise, e escreve:

Minha auto-análise ainda está interrompida, e compreendi qual a razão. Só consigo analisar-me com o auxílio do conhecimento adquirido objetivamente (como um observador externo). A verdadeira auto-análise é impossível não fosse não haveria nenhuma doença [neurótica]. Visto que ainda encontro alguns enigmas em meus pacientes, eles estão fadados a retardar também a mim em minha auto-análise (FREUD, 1897, 373)

Ou seja, algo próprio de Freud o impede de uma compreensão dos enigmas dos seus pacientes e interrompe sua auto-análise. Pensamos que essa questão conduz Freud ao caminho da interpretação dos sonhos em busca dessa compreensão. E esse pensamento é respaldado por Fédida, quando em sua análise do sonho da aplicação da injeção de Irma, interpreta “a regressão do eu do analista [Freud] *em seu sonho – sonho* colocando em cena sua paciente e as figuras dos terapeutas – parece então o único *recurso* do analista

para se apropriar do seu fracasso terapêutico e ver se desvelar a *solução*" (FÉDIDA, 2002, p. 154).

Mas, é na carta endereçada a Jung em sete de junho de 1909, que Freud emprega, pela primeira vez, o termo contratransferência, a propósito da relação amorosa entre seu discípulo e a paciente Sabina Spielrein. De modo ponderado, escreve:

Embora penosas tais experiências são necessárias e difíceis de evitar. É impossível que, sem elas, conheçamos realmente a vida e as coisas com as quais lidamos. Mais adiante acrescenta: Elas nos ajudam a desenvolver a carapaça de que precisamos e a dominar a 'contratransferência' que é afinal um permanente problema (McGuire, 1976, p. 281)

Nesse momento histórico da psicanálise e pressionado por Sabina Spielrein, que lhe enviou um telegrama solicitando um encontro para tratar de sua relação amorosa com Jung, Freud não tinha mais como evitar o assunto. Trata dessa questão, de modo direto e sucinto, em dois artigos: *As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica* (1910) e *Observações sobre o amor transferencial* (1915[1914]) Embora, Freud tenha o cuidado de constatar nos textos finais de sua obra que depois de 25 anos o manejo técnico da transferência, como processo, continua sendo uma grave dificuldade, pois "essa transferência logo demonstra ser um fator de importância inimaginável, por um lado instrumento de insubstituível valor, e por outro, uma fonte de sérios perigos". (FREUD, 1940[1938], p. 202)

Este fato, dentre outros, remete Freud a uma posição mais firme quanto ao lugar do médico no tratamento, a qual expressa na conferência, *As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica*, ao tratar sobre a questão de técnica que vinha sendo atentamente investigada. Nesta exposição, chama a atenção para a existência da contratransferência que pode se manifestar

inconscientemente no médico como resultado da influência dos processos psíquicos do paciente, a qual deve ser sobrepujada. Todavia, reconhece que isso depende da personalidade e das resistências internas do profissional. Então enfatiza sua própria experiência com a interpretação dos sonhos como fundamental para compreensão dos processos psíquicos do analista, dizendo: “além do mais; logo me dei conta da necessidade de levar a efeito uma auto-análise, e o fiz com a ajuda de uma série de meus próprios sonhos que me conduziram de volta a todos os fatos da minha infância, sendo ainda hoje de opinião que essa espécie de análise talvez seja o suficiente para uma pessoa que sonhe com freqüência e não seja muito anormal” (FREUD, 1914, p. 31).

No artigo, *Observações sobre o amor transferencial*, ele retoma esse problema da transferência erótica e adverte, novamente, contra qualquer tendência a uma contratransferência face ao enamoramento da paciente, já que este afeto é originário da relação transferencial, não está dirigido à figura do analista, mas como substituto decorrente das fantasias da paciente. Freud reconhece que esta situação pode ocorrer em qualquer relação médica, e então ressalta a importância de uma discussão sobre o assunto para atender a uma necessidade vital da técnica analítica, que já há muito se fazia necessária. Ele já havia analisado, como apontei anteriormente, a dificuldade de Breuer quanto à transferência erótica no caso de Anna O, e demonstrado como “esta mesma situação transferencial retarda o desenvolvimento da terapia psicanalítica durante sua primeira década”. (1914, p. 209) Torna-se, então, imprescindível uma discussão sobre as implicações técnica e ética do lugar que o analista ocupa na vida do sujeito para respaldar sua opinião de que “o tratamento analítico se baseia na sinceridade, e principalmente, na

neutralidade para com o paciente, que adquirimos por manter controlada a contratransferência.” (FREUD, 1915[1914], p. 214)

Para manter controlada a contratransferência, Freud ressalta a eficácia da auto-análise no domínio da transferência erótica, pois esse método de investigação dos conteúdos inconscientes do próprio analista permite-lhe o acesso aos seus complexos e resistências, mobilizados na clínica pelo paciente. A auto-análise se dá pela interpretação dos sonhos e, é nesse sentido que ele considera o sonho como paradigma da análise. Por isso, Fédida, na sua obra, *O sítio do estrangeiro*, ressalta a recomendação incessante de Freud: “o analista deveria escutar a transferência como escuta os sonhos” (FÉDIDA, 1996, p. 107)

Pontuamos, nesse aspecto, uma importante diferenciação entre o pensamento metapsicológico que envolve a auto-análise e o pensamento que orienta a auto-observação. Diferentemente da auto-observação, que fala-nos mais de uma atividade de pensamento racional e nos remete sempre a um ego vigilante, a atividade de pensamento metapsicológico fratura o ego e introduz o estrangeiro, o desconhecido, e isso o deixa angustiado e mobilizado à nova descoberta de si, enquanto que na auto-observação se tenta manter um controle sobre o pensamento para evitar essa angústia.

A posição de Freud é clara e firme quanto ao controle e à abstinência da transferência erótica do analista para o paciente, a fim de proporcionar as condições adequadas de tratamento, todavia, vai reconhecer que só a auto-análise não dá conta de processos psíquicos inconscientes tão fortes e determinantes na vida do sujeito e impossíveis de serem controlados, estabelecendo como critério da formação dos analistas que aquele que quer ser analista se submeta a sua própria análise, conforme propôs Ferenczi.

Embora reconheça o ponto de vista freudiano quanto às intensidades das forças operantes no psiquismo, Ferenczi insiste na problematização da técnica clássica de tratamento a partir da metapsicologia dos processos psíquicos do analista, pois é enfático ao considerar a relevância do fator externo na constituição do aparelho psíquico e dos processos psicopatológicos. Daí traz como modelo a relação mãe-bebê comparável à relação analista-paciente, para pontuar que o analista pode atuar como um adulto violento com seu paciente, incidindo em um novo trauma na vida deste.

De fato, o grande entrave e a chave mestra do processo analítico para um “tratamento bem sucedido” são as transferências. Acentuamos tratamento bem sucedido, para sublinhar a relatividade deste ideal, já que o próprio do humano é o psicopatológico. Por isso, Freud propõe como paradigma de um tratamento bem sucedido o romance *Gradiva, uma fantasia pompeiana*, de Wilhelm Jensen. Isso porque se trata de uma ficção, uma fantasia, que o mestre de Viena denomina “a cura do amor”.

CAPÍTULO 3 NOVAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A CONTRA-TRANSFERÊNCIA

Neste capítulo, abordamos as novas considerações que a noção de contratransferência adquire a partir da década de 1940, quando se intensificam as discussões e reflexões em torno dos efeitos dos processos transferenciais do analisando sobre os processos psíquicos do analista no tratamento. Começa a emergir uma vasta e rica literatura que toma em consideração os efeitos do processo contratransferencial na condução do trabalho terapêutico, principalmente dos casos considerados difíceis. Neste sentido, esse movimento de reflexão sobre o conceito de contratransferência produz uma revolução fundamental nos trabalhos psicanalíticos sobre a técnica, a partir do momento em que este é formulado não mais como um obstáculo ao trabalho analítico, mas como um instrumento técnico, ferramenta e bússola, para auxiliar o analista a compreender melhor o paciente e, desse ponto de vista, esta concepção amplia o horizonte clínico da psicanálise, oferecendo uma compreensão mais global do paciente e da relação analítica.

Fédida considera importante a investigação sobre o processo contratransferencial que vem se expandindo a partir dessa época, no seu entender, integrando uma verdadeira *clínica da contratransferência* a uma pesquisa metapsicológica por parte do analista das suas próprias modalidades de funcionamento psíquico durante o tratamento. Observa que o impulso dado a esta produção teórica pode ser considerado em parte a Ferenczi devido a sua preocupação com a questão da técnica para manter firmemente as descobertas do pensamento freudiano e em confrontar a psicanálise aos seus

próprios limites na *aceitação terapêutica* de casos que podem ser considerados estranhos a seu campo (FÉDIDA, 1988).

Dessa vasta produção, focalizamos a concepção de contratransferência em Michel Balint e Alice Balint, Paula Heimann, Winnicott e Harold Searles, para refletir sobre este novo enfoque que cada autor apresenta e pensar suas conseqüências a partir da leitura que Fédida faz desta produção. Acrescentamos a noção de contratransferência primordial formulada por Luis Cláudio Figueiredo, pois nos parece representar uma nova perspectiva de abordagem do fenômeno contratransferencial, que enriquece nossa compreensão quanto à relevância deste processo na clínica psicanalítica.

3.1 MICHEL BALINT E ALICE BALINT

Ainda que Ferenczi tenha dedicado importante atenção aos processos psíquicos do psicanalista no tratamento, focalizando a técnica da psicoterapia, e nesta, o lugar e a função do analista, apreendida somente no curso de uma análise, sua obra não obteve o merecido reconhecimento no seio da Associação Internacional de Psicanálise, particularmente por seu presidente Ernest Jones. A história do movimento psicanalítico nos revela a malevolência de Jones em não apreciar a justa e imprescindível contribuição de Ferenczi às idéias freudianas, ou seja, à psicanálise; embora Freud tenha reconhecido o mérito de seu trabalho (PINHEIRO, 1995). Todavia, seus discípulos sustentaram os ensinamentos valiosos de seu mestre.

Assim, as reflexões sobre a técnica e a contratransferência são retomadas por Michel Balint, analisando e discípulo de Ferenczi, e Alice Balint, no artigo *Sobre transferência e contratransferência*, publicado no The

International Journal of Psycho-Analysis, em 1939. Nesse artigo, os autores partem da seguinte questão: a transferência é posta em prática só pelo paciente ou a própria atitude do analista pode contribuir para tanto? Examinam as metáforas que Freud emprega ao tratar sobre a conduta do analista, o qual “deve comportar-se como a superfície de um espelho bem polido – uma coisa inanimada”, e também, refletem sobre a comparação freudiana da “análise a uma cirurgia e o comportamento do analista, com a esterilidade do cirurgião”. Para eles, com estas metáforas “temos novamente a sensação de falta de vida que a palavra estéril originalmente significa: ‘não produzir uma colheita ou uma fruta’” (BALINT [1939] Trad. Costa, 2002, p. 9). Desta perspectiva, observam o fato de que estes termos indicam que possa haver transferência para um objeto inanimado, bem como para seres vivos, o que para eles, determina uma parte do problema, já que demonstram que a transferência pode ser um processo unilateral, isto é, pode desenvolver-se sem qualquer participação de outra pessoa, o que justifica a opinião de que o analista não deve contribuir de modo algum para a formação da transferência, ou seja, deve manter-se neutro. Todavia, o casal Balint pondera quanto à posição freudiana de neutralidade e abstinência, já que o analista não é um objeto inanimado e, mesmo que se disponha a não transferir sentimentos seus para o analisando, sua personalidade intervém no processo analítico. O próprio Freud nos seus artigos técnicos já aponta alguns elementos que inevitavelmente prejudicam o ideal de perfeita esterilidade.

De modo bem ferencziano, os Balint pontuam sua argumentação sobre a transferência e a contratransferência a partir do cotidiano da clínica, observando a singularidade de cada caso e de cada sessão, por exemplo, quanto à decoração da sala, no modo pelo qual o fim da sessão é assinalado,

em que momento o analista deve interpretar e de que modo comunicar, e outras observações mais, buscando sinalizar características tangíveis do modo como o analista se coloca com cada um dos pacientes. Atentos aos minuciosos detalhes que envolvem tanto o paciente quanto o analista, concluem dizendo: “cada análise conduzida pelo mesmo analista é diferente das demais (...) isto seria uma prova convincente de que a mais verdadeira de todas estas características recorrentes é a transferência que, no caso de um analista na situação analítica, é eufemisticamente descrita como contratransferência” (BALINT [1939], Trad. Costa, 2002, p. 12). Dessa perspectiva, sustentam a tese de que “a situação analítica é o resultado de um interjogo entre a transferência do paciente e a contratransferência do analista, complicada pelas reações liberadas em cada um pela transferência do outro sobre si” (p. 12). E propõem:

Considerada desde o referencial da economia mental do analista, cada técnica tem que lidar com duas tarefas diferentes. A tarefa objetiva demanda que o paciente analisado em quaisquer das formas individuais deverá aprender a conhecer sua própria mente inconsciente, e não a do analista. A tarefa subjetiva demanda que analisar não seja uma carga emocional pesada demais, que a variedade individual da técnica deve lograr suficiente escoadouro emocional para o analista. Uma técnica correta e adequada deve portanto ser duplamente individualizada (...) quanto mais claramente o paciente puder se ver neste reflexo, melhor é nossa técnica (p. 13).

Nesse sentido, Michel e Alice Balint observam que o próprio do tratamento analítico é conduzir o paciente à descoberta e compreensão maior de seus próprios processos psíquicos inconscientes, e, portanto, dizem: “vemos que o analista deve realmente tornar-se um espelho bem polido – contudo isto não significa comportar-se passivamente como coisa inanimada, e sim refletir, sem distorção a totalidade de seu paciente. Quanto mais

claramente o paciente puder se ver neste reflexo, melhor a nossa técnica” (p. 13).

Esse posicionamento em relação à flexibilidade técnica decorre da formação psicanalítica de Balint, a qual dá ênfase ao caráter fundamentalmente interacional do desenvolvimento e da presença objetal na constituição da subjetividade e isso determina sua preocupação com o papel do analista no tratamento. Para ele, “a personalidade do analista cria uma *atmosfera* que será um fator estruturante, isto é, algo que definirá um tipo de relação” (RAMOS, in FIGUEIRA, 1994, p. 137)

Esses autores trabalham essa técnica pensada a partir do conceito de introjeção de Ferenczi e concluem dizendo que só há um método de psicanálise: aquele que nos foi legado por Freud, mas há diferentes formas de alcançar este objetivo. Uma técnica absolutamente boa, a ser seguida por todos os analistas do mundo é algo que não existe (BALINT [1939], Trad. Costa, 2002).

Concordamos com esse ponto de vista, pois especifica a singularidade da clínica psicanalítica que é movida pela transferência, e, nessa clínica, segundo o casal, pode-se exigir do analista que este se conscientize de toda gratificação emocional trazida por sua técnica individual, para que ele possa ser responsável pela postura que assume frente ao paciente, bem como por suas convicções teóricas (p. 13-14). Quer dizer, os Balint abordam a contratransferência da perspectiva econômica dos processos psíquicos do analista para que a técnica da escuta à associação livre do paciente, com atenção flutuante, permita ao analisando entender sua própria mente inconsciente.

3.2 D. W. WINNICOTT

Seguindo uma linha de pensamento semelhante a dos Balint, mas com ponto diferencial importante sobre a concepção de contratransferência, encontramos Donald Woods Winnicott. Uma especificidade da clínica de Winnicott tem a ver com sua formação em pediatria e sua formação na Sociedade Psicanalítica Britânica, que conta com a presença de Melaine Klein, recém-chegada a Londres a convite de Ernest Jones, em 1926. Melaine Klein, discípula de Ferenczi, tinha um talento particular para compreender as fantasias inconscientes da criança pequena por meio da técnica do brinquedo. E, nesse sentido, é importante observar que a compreensão kleiniana com trabalho infantil origina-se de sua formação com seu mestre Ferenczi. Quando Klein indagava-lhe sobre como ensinar o simbolismo às crianças, este respondia: “é você que tem que aprender tudo delas” (FERENCZI, 1992, v. III).

Winnicott tem por base em sua formação como psicanalista os pensamentos de Ferenczi. Disso resulta, dentre outras influências, a comparação da relação analista-paciente a da mãe-bebê como constitutiva do psiquismo do sujeito, a qual antecipa a concepção do ‘desejo como desejo do outro’, que seria desenvolvida por Lacan, e a do ‘esforço para tornar o outro louco’, de Harold Searls (FERENCZI, 1992, v. III, p. IX) Entendemos que Winnicott, com sua acurada sensibilidade e formação como pediatra e psicanalista, amplia consideravelmente a compreensão da relação primordial mãe-bebê na constituição e desenvolvimento infantil.

Sua clínica, marcada pelo atendimento à criança e a casos considerados difíceis, o conduz a uma investigação mais fecunda do conceito de contratransferência. A semelhança entre a análise de crianças e de

psicóticos desde essa época vem sendo descrita e enfatizada como dado importantíssimo na compreensão da relevância da contratransferência na clínica psicanalítica. Winnicott, um dos primeiros a estabelecer esta correlação, indaga: “o que acontece quando não houve experiências satisfatórias no início da vida que o analista possa utilizar na transferência?” (WINNICOTT, 2000, p.282). De certo, há uma enorme diferença entre pacientes que tiveram experiências positivas no início de sua vida daquele que teve uma vivência inicial muito deficitária, com o qual o analista terá de ser a primeira pessoa na vida do paciente a fornecer certos elementos essenciais do ambiente. São casos que exigem muito do analista, é preciso que este tenha uma percepção bastante sensível para dar ao paciente um ambiente provedor. Com os psicóticos, diz Winnicott, “o divã é o colo ou o útero do analista, e o calor é o calor vivo do corpo do analista” (p. 283)

Assim, no seu artigo *O ódio na contratransferência*, de 1947, Winnicott problematiza o tema da ambivalência e nos chama atenção para o sentimento de ódio que se apresenta freqüentemente na análise de psicóticos, observando que nestes casos:

a tarefa do analista (...) que assume a análise de um psicótico é inevitavelmente afetada por esse fenômeno [contratransferencial], e que a análise de pacientes psicóticos revela-se impossível a não ser que o ódio do próprio analista esteja muitíssimo discernível e consciente. Isto equivale a dizer que o analista deve ser ele mesmo analisado, mas implica também em afirmar que a análise de um psicótico é irritante, se a compararmos com a de um neurótico, e que isto lhe inerente (WINNICOTT (1947), 2000, 276).

Com estes pacientes, acrescenta Winnicott, os fenômenos contratransferenciais representarão, em certos momentos, o elemento central da análise, pois são os casos difíceis que trazem à tona as inquietações do analista, das quais ele precisa dar-se conta de sua afetação e o que fazer com

ela no processo analítico. É essa questão que o faz pensar no manejo da técnica. Para ele, “a coincidência do amor e do ódio é algo que sempre aparece caracteristicamente na análise de psicóticos, dando margem a problemas de manejo que podem facilmente exigir do analista mais do que ele pode dar” (WINNICOTT, 2000, p. 279)

Quanto ao manejo da técnica, Winnicott assume a posição de que, nestes casos, “acima de tudo ele [o analista] não deve negar o ódio que realmente existe dentro de si”, pois entende que “o ódio que é legítimo nesse contexto deve ser percebido claramente, e mantido num lugar à parte para ser utilizado numa futura interpretação” (WINNICOTT, 2000, p. 279). Cita a análise de um paciente obsessivo muito grave que lhe era praticamente insuportável, e que a consciência dessa insuportabilidade por parte do analista, em face do sentimento de ódio que o caso despertava, foi importante na condução da análise. Diz ele:

Eu me sentia muito mal em relação a isto até que um dia a análise deu uma guinada e passou a ser possível gostar dele, e então eu me dei conta do fato de que era impossível sentir amor por ele, na verdade um sintoma inconscientemente determinado. Foi realmente um dia maravilhoso para mim, quando pude contar a ele (muito tempo depois) que eu e os seus conhecidos o detestávamos, mas que ele estava muito doente para que lhe disséssemos isso. Esse dia foi muito importante para ele também, representando um tremendo avanço em seu ajustamento à realidade (WINNICOTT, 2000, p. 279-280).

Dessa citação depreende-se o profundo envolvimento de Winnicott com a evolução da análise de seus pacientes. A percepção de seus processos contratransferenciais como recurso indispensável à condução do tratamento,

principalmente no manejo com pacientes psicóticos que impõe ao analista uma forte tensão, reconhecendo que “os pacientes insanos representam sempre uma pesada carga emocional para os que dele cuidam” (WINNICOTT, 2000, p. 277). Por isso, para ele, torna-se importante uma pesquisa dos modos pelos quais as ansiedades de natureza psicótica e também o ódio são provocados nos que trabalham com pacientes com graves distúrbios psiquiátricos. Acredita que “somente desta maneira poderemos evitar as terapias que se adaptam mais às necessidades do terapeuta do que às necessidades do paciente” (WINNICOTT, 2002, p. 287).

Ao refletir sobre o sentimento de ódio evocado pelo paciente psicótico, Winnicott assinala que em certos estágios de algumas análises o ódio do analista é na verdade buscado pelo paciente, e nesses momentos é necessário expressar, pois “quando o paciente está à procura de um ódio legítimo, objetivo, ele deve ter a possibilidade de encontrá-lo, caso contrário não se sentirá capaz de alcançar o amor objetivo” (p. 283).

Do modelo de relação mãe-bebê, Winnicott pensa que o analista deve dispor de toda a paciência, tolerância e confiabilidade da mãe devotada ao bebê. Esse modelo na situação analítica permitiu-lhe conceber a contratransferência como indispensável à análise como recurso técnico.

3.3 PAULA HEIMANN

Essas importantes teorizações da clínica psicanalítica, que põem em destaque a contratransferência, são enfatizadas por Paula Heimann, discípula de Melaine Kleine, no XVI Congresso Psicanalítico Internacional, em Zurique, 1949, no artigo intitulado *Sobre a contratransferência*, no qual destaca o

processo contratransferencial como instrumento de trabalho a serviço da interpretação. Como escreve Blenda S. Marcelletti de Oliveira, “embora saibamos que outros autores – especialmente Ferenczi – já tivessem abordado essa questão de forma bem mais ampla e radical que Paula Heimann, é somente com a apresentação desse artigo que a comunidade psicanalítica internacional começa a absorver *oficialmente* o indigesto tema da contratransferência” (OLIVEIRA, in FIGUEIRA, 1994, p.89).

Nesse trabalho, *Sobre a contratransferência*, Heimann inicia sua apresentação dizendo:

Esta pequena nota sobre a contratransferência foi motivada por certas observações que fiz em seminários e em supervisões. Surpreendeu-me a crença, amplamente difundida dentre os candidatos, de que a contratransferência é sinônimo de uma fonte de problemas. Muitos candidatos sentem temor e culpa quando se conscientizam dos sentimentos que nutrem em relação aos seus pacientes e, por conseqüência, pretendem evitar qualquer resposta emocional de sua parte, e tornam-se completamente insensíveis e ‘imparciais’ (HEIMANN [1949]. Trad. Costa, 2002, p. 15).

Heimann supõe que isto possa decorrer de uma leitura equivocada dos textos freudianos sobre a técnica psicanalítica, em que compara o estado de ânimo do analista ao do cirurgião durante uma intervenção, bem como, quando recorre à metáfora do espelho. Como vimos, o emprego destas metáforas por Freud também é problematizada pelo casal Balint.

Heimann traz uma perspectiva diferente da contratransferência e especifica o emprego que faz deste termo: “estou utilizando o termo ‘contratransferência’ para cobrir todos os sentimentos que o analista experimenta em relação a seu paciente” (HEIMANN [1949]. Trad. Costa, 2002,

p. 15). Por isso, sustenta a tese de que a resposta emocional do analista a seu paciente dentro da situação analítica representa uma das ferramentas importantes do seu trabalho. A contratransferência do analista é um instrumento de investigação dirigido ao inconsciente do paciente. Porém, observa que em relação aos trabalhos que tratam do assunto, embora todos ressaltem a importância da relação analista-paciente, tem a impressão de que, até então, não foi dada a devida atenção ao fato de que a análise é uma terapia entre duas pessoas, o que distingue esta relação de outras não é a presença de sentimentos em um dos participantes, o paciente, e a ausência em outro, o analista, mas sim, sobretudo, o grau dos sentimentos que se experimentam e o uso que fazem deles, dependendo estes fatores um do outro (HEIMANN [1949]. Trad. Costa, 2002).

Esse posicionamento enfático de Heimann da contratransferência como instrumento técnico da análise, incluindo a totalidade de afetos que possam ser vivenciados pelo analista no contato com seus pacientes, tem importantes conseqüências no movimento psicanalítico, particularmente nos anos cinquenta quando emerge uma vasta produção que põe em foco a resposta contratransferencial do analista como instrumento de pesquisa para melhor compreensão dos processos inconscientes do paciente.

A concepção de Heimann contém a idéia de uma contratransferência reativa, em que o analista deve utilizar sua resposta emocional, pois esta reflete as vivências do paciente. Para tanto, ela chama atenção para a própria análise pessoal do analista, observando que quando este em sua própria análise, elabora seus conflitos e angústias infantis, pode estabelecer um fácil contato com seu próprio inconsciente e não atribui a seu paciente o que pertence a si próprio. O ponto de vista de Heimann sustenta que “a contratransferência do

analista não é apenas parte essencial da relação analítica, mas é também *criação* do paciente, é também uma parte de sua personalidade” (HEIMANN [1949]. Trad. Costa, 2002, p. 18).

Heimann acredita que os afetos contratransferenciais devem poder ser livremente experienciados pelo analista, mas contidos até que possam se transformar em interpretações sobre o funcionamento do paciente. É desta perspectiva que aborda a especificidade da relação analista-paciente, que se diferencia das demais relações mantidas pelo paciente, já que o analista durante sua formação analítica deve desenvolver sua capacidade de analisar para descobrir as razões e significados das experiências psíquicas do paciente, as fontes e suas motivações, as oscilações entre suas fantasias primitivas e suas percepções da realidade. Para tanto, o analista deve saber discriminar suas próprias percepções das projeções do paciente.

Por isso, a característica principal dessa produção é a ênfase dada à relação pessoal analista-paciente, ou melhor, à *relação interpessoal*. Como assinala Fédida, este enfoque torna-se problemático, pois entende o processo analítico como uma relação interpessoal e não é disso que se trata numa psicoterapia psicanalítica, mas sim dos processos psíquicos, tanto do analista quanto do paciente.

3.4 HAROLD F. SEARLES

Destacamos o trabalho desenvolvido por Harold F. Searles sobre a contratransferência. A característica mais marcante deste autor é que suas idéias e seu modo de trabalhar derivam da sua prática clínica. Durante quinze anos permanece fazendo parte do corpo clínico, em tempo integral, da clínica

psiquiátrica Chestnut Lodge, onde adquire uma vasta e rica experiência no tratamento com psicóticos. Exerce também atividade de professor clínico de psiquiatria na Georgetown University School of Medicine, além de ter exercido a função de presidente da Sociedade Psicanalítica Washington nos anos de 1969 a 1971. No seu trabalho clínico, seus pacientes são na maioria psicóticos, com os quais realiza quatro a cinco sessões semanais. Em alguns momentos, a sessão ocorre no próprio quarto do paciente, por diversos motivos: um citado por Searles é o caso de uma paciente que fica meses a fio deitada na cama, sem proferir uma palavra. Searles senta-se ao lado da cama da paciente, dizendo alguma coisa ocasionalmente, mas permanecendo a maior parte do tempo em silêncio. Após algum tempo passa a sentir-se como fazendo parte da mobília do quarto e entende que a única maneira de o paciente relacionar-se com alguém é mantendo-se como objeto inanimado. Um fato como esse, interpreta Achatz, permite compreender que a própria situação de trabalho na qual Searles se encontra convida, às vezes como única opção, a uma auto-reflexão e à análise dos próprios sentimentos e atitudes (ACHATZ, in FIGUEIRA, 1994, p. 207-208)

A partir da sua experiência clínica, Searles descobre que seus sentimentos e atitudes evocados na relação com paciente têm uma correlação com o desenrolar do funcionamento psíquico deste, permitindo-lhe guiar-se por essa contratransferência para compreender o paciente e situar-se no processo terapêutico. Com esse *insigth*, Searles conceitua o transcorrer de uma psicoterapia bem-sucedida com pacientes esquizofrênicos. Então, ele observa a evolução do tratamento em sucessivas fases a partir da interação paciente-terapeuta. Essas fases caracterizam-se por fortes componentes afetivos, tanto no paciente como no terapeuta, e correspondem às fases iniciais do

desenvolvimento do ego no paciente. Assim, por meio da análise da sua contratransferência, Searles é capaz de se orientar quanto ao nível do desenvolvimento egóico do paciente. Nesse dedicado trabalho com pacientes esquizofrênicos, no qual dá especial atenção aos seus sentimentos no decurso do relacionamento psicoterapêutico, entende que “o envolvimento dos sentimentos do terapeuta é bastante profundo” e enfatiza “que nenhuma análise pessoal o poupará desse envolvimento intenso e ao mesmo tempo necessário” (ACHATZ, 1994, [1971] p. 208).

Searles acompanha a evolução do caso de cada paciente a cada sessão. Ele é muito atencioso no exame da dinâmica dos processos psíquicos que se desenrolam em uma sessão, daí considerar que a análise dos efeitos contratransferenciais permite orientar o analista quanto ao funcionamento psíquico do paciente na evolução do processo terapêutico. Distingue no seu trabalho com esquizofrênicos diferentes fases de evolução a partir da relação terapeuta-paciente. A distinção destas fases é muito sutil e reveladora de uma fecunda experiência clínica com pacientes esquizofrênicos e borderline, ou seja, pacientes gravemente comprometidos que “apresentam em algum nível de sua personalidade uma cisão egóica ou uma fragilidade dos limites egóicos ou mesmo uma precária estruturação egóica. Esse tipo de paciente necessita de um analista com uma personalidade que permita momentos de fusão, de regressão e de se permitir ser usado pelo paciente. Capacidade de vivenciar e de lidar com as angústias mais primitivas do ser humano, que ameaçam a própria identidade e, mesmo, a existência psíquica do analista. Por isso, propõe a elaboração de uma teoria voltada a esses processos presentes no quadro psicótico. Diz ele:

Mais de uma vez senti que, quando tomado de sobressalto pela maneira como um psicótico responde a mim, precisamos, tanto para

proteger nossa própria sanidade quanto ajudar o paciente a resgatar a sua própria, desenvolver uma arma e um instrumento excendendo em poder seus processos de pensamento psicóticos – a dizer, um arsenal bem pensado, forte e acurado de teoria concernente a esses processos psicóticos (Apud, ACHATZ, 1994, p. 209).

É com base nessas elaborações teórico-clínicas que Searles considera a contratransferência como a abordagem mais confiável para compreensão de qualquer paciente. Nesse sentido, trabalha segundo um modelo de pensamento em que o analista é compreendido como estruturante da relação analítica. Na base de seu pensamento, encontramos o ponto de vista de Winnicott, já que o analista, ao ser incluído na esfera de interesses passionais, sendo alvo de amor e ódio, pode intervir *desde dentro* no paciente.

Deste ponto de vista, Pierre Fédida observa que o trabalho de Searles sublinha as identificações arcaicas que se manifestam na terapia como fortes qualidades maternas que tendem a provocar no terapeuta sentimentos infantis de dependência. Devido ao fato de que o psicótico dificilmente diferencia o que dele decorre do pensamento, da emoção ou da ação, suas necessidades de dependência tendem a uma espécie de colusão física, sem contato corporal com o analista. E o analista percebe na sua própria angústia a violenta expectativa de seu paciente a seu respeito. Na interpretação de Fédida, essa indiferenciação no esquizofrênico entre o pensar, o sentir e o agir que tende a expressar suas necessidades de dependência pela busca de um contato físico é geradora de intensa angústia no terapeuta muito mais que qualquer anseio neurótico (FÉDIDA, 1988). Na análise que faz dessas considerações de Searles, Fédida argumenta que, nestes casos, há uma solicitação a reações familiares e um apelo a respostas afetivas pessoais que provocam no analista

uma colusão fantasmática em face das exigências do paciente. Segundo

Fédida:

Os estados regressivos profundos levam o analista a uma imobilização especular – muitas vezes tornada necessária durante uma fase da terapia – mas que ameaça o analista de uma dissociação de sua identidade por captação da sensação de sua própria imagem. Tudo ocorre então como se a percepção fragmentada (*shattered*) ou desmembrada (*dismembered*) que o paciente propõe ao seu analista de sua própria pessoa ameaçasse o pensamento de ser engolido e aniquilado pelo visual. A perda da linguagem é certamente o que é vivido como a mais terrível ameaça. Se o analista chega a se ver vendo-se incapaz de dispor das capacidades cinestésicas e imaginárias que lhe são habituais (para avaliar as transformações de sua própria imagem no outro), a angústia contratransferencial é vivida, inicialmente, como uma sideração mortífera antes de permitir entender a necessidade de criar um duplo simbiótico exatamente igual a si mesmo (FÉDIDA, 1988, p. 75-76)

Então, esses estudos, principalmente com pacientes graves, põem em relevo a contratransferência como indispensável ao tratamento psicoterapêutico, exigindo do analista uma sensibilidade aguçada e disponível às mínimas variações dos processos psíquicos do paciente e, nessa medida, um ponto essencial na dinâmica da análise.

3.5 LUÍS CLÁUDIO FIGUEIREDO

Consideramos importante a formulação de Luis Cláudio Figueiredo da noção de *contratransferência primordial*, que nos permite pensar nessa disponibilidade ao acolhimento do sofrimento do outro como condição de possibilidade do psicanalisar.

O contexto teórico e clínico no qual Figueiredo formula a noção de *contratransferência primordial* é bastante complexo, envolve uma experiência

clínica com pacientes difíceis que fazem o analista temer os rumos do tratamento e sentir-se ameaçado em sua posição, e que lhe exigem um vasto estudo a respeito da constituição da vida psíquica. Por isso, a noção de contratransferência primordial que Figueiredo apresenta no seu ensaio *Transferência, contratransferência e outras coisinhas mais, ou a chamada pulsão de morte*, supõe que a posição do analista não é somente de resposta às transferências do paciente. Mais que isso, a posição do analista é de “*deixar-se afetar e interpelar pelo sofrimento alheio no que tem de desmesurado e mesmo de incomensurável, não só desconhecido como incompreensível*” (FIGUEIREDO, 2003, p. 59).

Figueiredo, inspirado na concepção de Ferenczi sobre a tendência nas relações humanas à transferência (1909), propõe a existência inerente ao próprio psíquico de uma contratransferência como “*suporte para as transferências alheias, como destinatário e depositário de seus afetos e como coadjuvante de suas encenações*” (FIGUEIREDO, 2003, p. 60). Então sugere que esta contratransferência primordial já esteja presente no recém-nascido, nas raízes de todos os processos de singularização em virtude da condição humana de desamparo que conduz o bebê em direção ao outro, “o que tanto pode acarretar uma vulnerabilidade extrema a toda sorte de abusos e traumatismos como, em contrapartida, é a base da constituição do psiquismo” (2003, p. 60).

Todo o psicanalisar, o que implica lidar com as transferências – e as outras coisinhas mais, que emergem e podem ser tratadas nestes processos – dependem, portanto, desta contratransferência primordial. A hipótese de Figueiredo é de que

Esta contratransferência primordial corresponde justamente à disponibilidade humana para funcionar como suporte de transferências e de outras modalidades de demandas afetivas e comportamentais profundas e primitivas (2003, p. 60).

Dessa perspectiva, podemos pensar que tanto o processo transferencial como a contratransferência constituem a base de referência do sujeito. A transferência, *Übertragung*, palavra de origem latina, *transferentia*, derivada do verbo *transferre*, significa transportar, transferir, deslocar. É importante observar o fato de a tradução espanhola da obra de Freud, a de Lopez-Ballesteros y de Torres, falar de “transferência recíproca” para traduzir a palavra alemã *Gegenübertragung*, enquanto a Standard Edition prefere “contratransferência”, que implica uma transferência do analista a seu paciente.

Viana, no seu livro *Contratransferência: a questão fundamental do psicanalista* (1993), traz uma importante pesquisa de Annie Anzieu (1989), sobre a etimologia da palavra *Gegenübertragung*, traduzida por contratransferência, em seu artigo:

Construction et contre-transfert en psychanalyse de l' enfant". Nesta, esta pesquisadora esclarece: Freud escolheu o termo *Übertragung* para significar transferência. *Gegen* significa contra, com o mesmo dois sentidos que possui em francês: de proximidade imediata e de oposição. *Übertragung* compõe-se de *Über*, além (em latim: *trans*) e *tragen*: conduzir (*fert*, de *ferre* em latim: conduzir, o qual não tem substantivo correspondente em francês). Mas existe em alemão um advérbio, *gegenüber*, em face, *vis-à-vis*. O durante de uma coisa (“le pendant d' une chose”).

Tratando-se de transferência enquanto um processo dinâmico, se se toma *gegen* no sentido de contato, este sentido evoca a identificação. Se, pelo contrário, toma-se *gegen* em seu sentido de oposição pode-se evocar a resistência do analista. *Gegenüber*, ao contrário, evoca a noção de paralelismo, de diferença dentro de uma simetria invertida da ordem do espelho. O termo contratransferência parece, portanto, composto de semantemas cujo sentido liga-se ao

deslocamento espacial. Ele é transitivo. Ele exprime mobilidade dos afetos entre diferentes espaços psíquicos e a reversibilidade dos elos (contra). (apud, VIANA, 1993, p. 19)

Para Viana, “disto podemos concluir que a *contratransferência* navega nas mesmas águas da *transferência*, ou seja, continuamos tratando de transferência, mas o prefixo *contra* contém em si a ambigüidade do fenômeno que tanto pode ser lido como um movimento resistencial e impeditivo do trabalho analítico, como também como um movimento criativo” (1993, 20)

É essa elucidação do termo *contratransferência*, *Gegenübertragung*, que contém um sentido de um movimento resistencial e criativo nesse fenômeno que investigamos nesta tese, cuja sustentação buscamos nos estudos de Pierre Fédida, articulados na construção do caso Sarah..

CAPÍTULO 4 CONCEPÇÃO DE CONTRATRANSFERÊNCIA EM PIERRE

FÉDIDA

O saber é necessário ao médico para que este se torne terapeuta, mas ele só será terapeuta se junto a ele se dispuser a fala do doente – fala em sofrimento de seu desejo de falar (Pierre Fedida, 1991 [1985]).

Essa epígrafe de Pierre Fédida nos fez pensar em várias questões, dentre estas: nessa abertura do saber médico à escuta da fala do doente como próprio daquele que quer tornar-se terapeuta - o que requer uma disposição do terapeuta a tomar o paciente em tratamento, bem como sobre o desejo de falar do paciente como meio de transferência propriamente humano. Nesse sentido, serão essas as condições básicas para o encontro terapêutico? Na especificidade da psicoterapia psicanalítica, o desejo de falar do paciente deve encontrar na escuta do analista uma possibilidade de germinação e de construção, tal qual a interlocução no sonho, como concebido por Freud. É desta perspectiva que o trabalho de análise tem como paradigma o trabalho do sonho?

As questões acima suscitadas serão trabalhadas no decorrer da argumentação desta tese. Neste momento, o que queremos destacar, com a citação dessa epígrafe, é o estilo evocativo da escrita de Pierre Fédida. Este estilo da inventividade do pensamento metapsicológico freudiano, que Fédida sustenta, é ressaltado por vários autores, como: Daniel Delouya e Manoel Berlinck, dentre outros. Berlinck considera que a leitura da “obra de Fédida evoca a livre-associação e de modo surpreendente faz-nos pensar a clínica psicanalítica”. Para este autor, a escrita transparente, elucidativa, fecunda e complexa de Fédida tem um efeito psicoterapêutico e coloca o analista na comunidade psicanalítica. (BERLINCK, 2002) Entendemos o efeito

psicoterapêutico da escrita de Fédida no sentido de ampliação da atividade psíquica do leitor, com as evocações que seu texto produz e que mobiliza o pensar e o *insight*. Por isso, sobre este autor, Daniel Delouya, na introdução do livro *Depressão*, de Fédida, observa:

este gênero de pensamento jamais sede à coerência articulada de um raciocínio, mas se abre constantemente para as imagens e para as figuras do vivido das palavras que utiliza. Eis o modo da poesia e da fenomenologia entremear o tecido metapsicológico temperando o rigor com que o autor se fia às buscas e aos questionamentos da feiticeira freudiana” (DELOUYA, in FÉDIDA, 1999, p.10).

Na leitura da obra de Fedida, somos capturados pelo enlace transferencial de sua escrita, que tem como referência sua profunda sensibilidade clínica articulada ao seu vasto conhecimento dos estudos sobre a psicopatologia, o que nos faz focar a compreensão deste autor sobre a metapsicologia da técnica psicanalítica, ou seja, nos faz problematizar a relevância de sua concepção de contratransferência. Para tanto, concentramos nossa investigação dando ênfase aos conceitos de transferência, memória, regressão como constituintes do trabalho do sonho e como paradigma da noção de *sítio do estrangeiro*, elaborado por Fédida como próprio da situação psicanalítica - a qual opera com o estabelecimento do enquadre proposto na regra fundamental. Dessa perspectiva, iremos nos situar no conceito de enquadre e situação analítica, e refletir sobre o lugar do analista, ou melhor, a metapsicologia da contratransferência.

4.1 O PENSAMENTO DE FÉDIDA E SUA FORMAÇÃO

Pierre Fédida (1932-2002), psicanalista francês de formação freudiana, foi membro da Association Psychanalytique de France (APF). Como professor

da Université Paris VII – Denis Diderot, dirigiu a Formation Doctorale de Psychopathologie Fondamentale-Psychanalyse-Biologie e fundou em 1979 o Laboratoire de Psychopathologie Fondamentale et Psychanalyse, depois, o Centre du Vivant. No entanto, Fédida não formou escola, e essa posição – de não se deixar apreender pelo formato de escola - é sustentado na sua formação com diferentes autores de diversas escolas e, principalmente, por sua experiência clínica.

Essa posição de Fédida fica mais clara com as aulas ministradas pelo professor Luís Cláudio Figueiredo sobre o pensamento de Fédida, particularmente, quando trata no livro *L' Abscense* (1978) do artigo *Topiques de la théorie*, e assinala a distinção relativa e operacional que Fédida estabelece entre teoria e doutrina. Em suma, para ele, a elaboração de uma teoria deve conter a especificação de uma compreensão do fenômeno estudado e, desse modo, conter a dimensão de abertura a outras teorias, ou seja, por meio da teoria se dá a alteridade - que eu não sou tudo, que tenho limites - e isso está ligado às primeiras teorizações sexuais infantis e ao ideal do eu. Diferentemente, o que se organiza como doutrina está sob o império de um fechamento narcísico, que dá contorno e acabamento ao movimento do pensamento e trava em suas possibilidades de abertura à reflexão. Com essa diferenciação, na psicanálise a passagem da teoria para a doutrina é mortal, porque nunca o desejo de saber finda. E, de certa forma, as escolas de formação de psicanalista instituem um doutrinamento.

O ponto principal dessa argumentação é que se teoriza a partir do recaiado e este sempre retorna. Daí que o processamento psíquico ocorre por meio de representações de idéias devido à função defensiva; por isso, estamos

sempre elaborando teorias, desde as primeiras indagações infantis em torno das teorias sexuais.

Assim entendemos a produção teórica de Fedida, que fomenta e instiga um constante pensar, a partir de um movimento perlaborativo e elaborativo do pensamento, que suscita novas investigações. Fédida está sempre atento ao risco da elaboração da teoria tornar-se pura abstração teórica, ou seja, uma doutrina que cristaliza os conceitos na busca de uma depuração e higienização, referente a um eu ideal. Contra esse movimento, Fédida propõe a retomada do pensamento metapsicológico freudiano que articula a reflexão teórica aos fundamentos da experiência. Nesse sentido, para revitalizar e preservar a potência de transformação da metapsicologia, a elaboração teórica psicanalítica deve buscar na experiência clínica as suas fontes e, então, o engendramento de suas teorias.

O discurso metapsicológico não é descritivo, nem explicativo, por isso que não é discurso científico. Também, não é um discurso metafísico, característico do trabalho de pensamento do filósofo que visa a dar uma organização, sistematização e síntese de uma visão de mundo. Nesse sentido, a metapsicologia é antimetafísica, pois vê na obra do inconsciente, que é anti-síntese, a sua própria construção, meio pelo qual não se confunde com o discurso mítico. Por isso, o discurso da metapsicologia é um discurso heurístico, de descoberta, de desvelamento e é desse modo que na clínica psicanalítica a escuta tem um sentido metaforizante, tanto para o analista quanto para o paciente ao escutar sua própria história. Então, o pensamento metapsicológico opera no trabalho analítico, no desvendamento do inconsciente, que encontra na linguagem poética sua polissemia.

Na apresentação do livro *L'absence*, Fédida problematiza a questão que mobiliza a produção na psicanálise, ou seja, o que mobiliza a escrita psicanalítica. Propõe que essa questão origina-se no ponto cego do analista, e, desse modo, apresenta sua concepção de que “uma teoria analítica e seu projeto metapsicológico se engendram, constroem e se desenvolvem em torno desse ponto cego e extraem força de seu foco”². Mas pondera que tampouco é possível expor uma noção ou um conceito psicanalítico sem mostrar a consciência histórica e epistemológica que ele adquire no analista ao mesmo tempo em que revela deste o trabalho específico que o pôs em operação.

Assim, fomos movidos por esse algo – que emerge desse ponto cego – e nos faz questionar, neste trabalho, a contratransferência na busca de uma clareza e de uma compreensão mais ampla desse processo. Encontramos nos estudos realizados, especialmente de Pierre Fédida, articulados à nossa experiência clínica, fundamentos sólidos para sustentação desta tese, que entende o processo contratransferencial como fundamental, tanto à clínica, quanto à produção teórica psicanalítica.

Fédida fundamenta suas teorizações com o rigor de uma ampla e consistente formação que adquire nos estudos com Ludwig Binswanger, de quem mantém a principal influência, na psiquiatria, e de quem, segundo Berlinck, consolidou uma forte disposição para a escuta clínica e para a liberdade do pensamento, tanto própria como da do outro. (BERLINCK, 2002)

Como pontuado, Fédida tem suas raízes mais profundas e marcantes na atividade clínica e em suas manifestações psicopatológicas, daí sua grande preocupação com a metapsicologia da técnica e a transmissão da psicanálise.

² Tradução da apresentação do livro *L'Absence* feita por Cláudia Berliner e apresentada, a convite, na aula do professor Luís Cláudio Figueiredo, em 28 de março de 2007, na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Tradução em mimeo.

Nessa preocupação com a metapsicologia da técnica, Fédida ministrou vários seminários com psiquiatras em formação e pesquisadores no Hospital da Salpêtrière e no contexto do Centro de Pesquisas em Psicanálise e Psicopatologia da Universidade de Paris VII, com temas, tais como “Modelos teóricos da clínica e da técnica na prática psicoterápica”.

4.2 O SENTIDO DE CONTRATRANSFERÊNCIA

Para acompanhar a complexa e fecunda elaboração de Fédida sobre contratransferência, consideramos importante retornar às origens das descobertas psicanalíticas, mais precisamente ao momento de passagem da psicoterapia da histeria à especificação da psicoterapia psicanalítica. Para tanto, retomamos a concepção de Freud e Ferenczi sobre o assunto, pois ambos preocupam-se com esse problema, principalmente por conceberem a transferência como motor da análise, ou melhor, da técnica analítica. Entendemos que Fédida reverencia o rigor do pensamento metapsicológico freudiano ao precisar a interpretação dos sonhos como paradigma do trabalho analítico. A especificidade desse modelo determina a regra fundamental da técnica que visa ao estabelecimento das condições de engendramento da linguagem. Mas, é com Ferenczi que vai explorar esse caminho de investigação e problematização da clínica analítica mais a fundo, no cotidiano da clínica com cada paciente, conforme abordamos no segundo capítulo deste trabalho.

Fédida sustenta sua argumentação do tema com base nos autores acima referidos, mas também em Melaine Klein, Bion, Winnicott, Harold Searls e nos seus estudos sobre a psiquiatria fenomenológica, de sua formação filosófica, e de sua interlocução com arte, mas principalmente, em sua

experiência clínica, supervisões e seminários clínicos que fundamentam sua leitura metapsicológica da técnica. Esta vasta e consistente formação de Fédida permitiu-lhe, a nosso ver, uma compreensão mais ampla e fecunda da contratransferência. No entanto, como próprio do seu estilo, não propõe uma teoria acabada, mas sim que as investigações sobre esta noção se ampliem, já que é por esse meio que podemos obter maior compreensão da metapsicologia da técnica.

Em termos do pensamento freudiano, a contratransferência deve ser controlada pelo analista por meio da auto-análise e da análise pessoal deste - embora até o final de sua obra Freud nunca deixe de se espantar com a estranheza da transferência. Fédida faz uma interessante análise desta posição freudiana no artigo *A ressonância atonal. Sobre a condição de linguagem do analista* (1991[1985]). Examina com cuidado a famosa analogia entre o inconsciente e o receptor do telefone: o analista, que Freud emprega metaforicamente em *Conselhos ao médico no decorrer do tratamento* (1912), deve seu próprio inconsciente, como órgão receptor, ao inconsciente emissor do doente comportando-se em relação ao analisado como receptor do telefone com respeito à platina” (Freud *apud* FÉDIDA, 1991, p. 206)

Na sua análise, Fédida assinala que esta fórmula, freqüentemente criticada, “segue-se às considerações sobre a mobilidade exigida do analista, a necessária evitação de qualquer especulação ou ruminção e – a exemplo do cirurgião – o cuidado de deixar de lado os afetos e a compaixão humana. Em nome da análise das resistências que, como sabemos, sempre são reforçadas por uma personalização afetiva do papel do analista no tratamento, recomenda-se a este último a frieza dos sentimentos (*Gefühlskälte*). Tal disposição garante certas condições de continuidade da análise e permite ao

analista “poupar sua vida afetiva” (FÉDIDA, 1991, p. 206). Desta forma, ele considera que é promovido um ideal técnico de regulação baseado na exigência de um inconsciente do analista cuja receptividade é função de sua análise pessoal. A esse ideal ligado à axiologia técnica como condição de linguagem, Fédida observa que a situação analítica comporta, em relação à linguagem, um conjunto de disposições formais *a priori*, sem as quais ela não pode ser instaurada. Quer dizer, a condição de instauração da situação analítica está referida à condição de linguagem e disso resulta que na técnica analítica, observa Fédida, “o analista deve, portanto permanecer impenetrável (*undurchsichtig*) e, ‘como superfície de espelho, não mostrar nada além do que lhe foi mostrado’” (FÉDIDA, 1991, p. 207). A referência a esse axioma freudiano torna possível a especificação de que “o que nos faz terapeutas é a existência da regra fundamental em nosso pensamento, assim como de tudo o que se passa entre nós e o paciente como desvios em relação a essa regra ideal” (FÉDIDA, 1988, p. 31)

Desse modo, o enquadre está referido ao estabelecimento da regra fundamental da psicanálise, na qual o paciente deve falar tudo o que lhe vier à cabeça, sem censura, orientado por um pensamento livre associativo, e o analista deve manter uma escuta movida por uma atenção equiflutuante à fala do paciente. Essa regra estabelece um compromisso do analista e analisando com o enquadre no processo analítico. Como diz Berlinck: “a regra é fundamental porque funda, constitui, dá início ao tratamento e, por isso, precisa ser explicitamente declinada pelo psicanalista e formalmente aceita pelo analisando” (BERLINCK, 2000, p. 260). Acrescentamos que a regra fundamental não só funda, como mantém a especificidade da situação psicanalítica.

E é dessa perspectiva que Fédida problematiza essa natureza da técnica ao observar que ela não seria uma regra psicanalítica se não comportasse a capacidade de avaliação interna do “resto não resolvido” (*ungelöster Rest*). Desse modo, ele faz uma leitura singular do resto não resolvido: em vez de considerar este resto como “insuficientemente analisado” ou ainda de conceber este insuficientemente analisado como marca de uma análise incompleta, este resto não resolvido torna o inacabamento da análise constitutivo de uma prática técnica (FÉDIDA, 1991). Esta afirmação tem como alicerce seus estudos em Ferenczi ao dar lugar para a dimensão psicopatológica do funcionamento psíquico do analista no tratamento psicanalítico.

Ferenczi, preocupado com a prática técnica, propõe a elaboração da metapsicologia da técnica psicanalítica, a qual envolve os processos psíquicos do analista e do paciente, ou seja, o encontro analítico numa situação singular movida pela transferência, que traz em seu bojo uma memória regressiva do paciente, bem como um potencial de resistência à revelação dessa memória. Mediante tal situação, naquilo que ela implica de exigências ao analista e ao paciente, Ferenczi reflete sobre a elasticidade da técnica: “saber quando e como comunicar algo ao analisando”, “de que forma, se este for o caso, dar à comunicação”; “como reagir a uma reação inesperada ou desconcertante do paciente”; “quando se calar e esperar outras associações”, etc. Quer dizer, o “próprio da contribuição deste autor, diz Mezan, é chamar a atenção para o aspecto da presença, do peso ontológico, se assim podemos dizer, da realidade ‘situacional’, da realidade da sessão” (MEZAN, 1993, p. 26). Nessa busca incessante para dar conta da situação clínica analítica, já que movida pela preocupação com a cura, a investigação ferencziana se direciona aos

processos psíquicos do analista na análise. Fédida recorre justamente a estas elaborações, na argumentação de sua concepção de contratransferência.

Fédida retoma a noção ferencziana de tato e esclarece: “se a expressão de *Einfühlun-gsvermögen* (capacidade de sentir com – ou poder de empatia) presta-se facilmente às facilidades afetivas do bom contato, em Ferenczi ela vai antes conotar a interface sensível transferência/contratransferência” (FÉDIDA, 1991, p. 211). Nesse exame minucioso, a noção de tato implica, para o analista, a exigência de manter-se no lugar que lhe é imposto pela regra analítica (perceber as resistências), bem como dispor da mobilidade interna necessária à percepção das variações psíquicas do paciente. Via a introjeção dessa percepção sensível, o analista vai configurando em si a dinâmica de funcionamento psíquico de seu paciente.

Assim, a manifestação contratransferencial como algo do erótico do analista que deve ser controlado, dominado, equivale, em Fédida, a um dispositivo clínico importante para o tratamento. Nessas condições, a contratransferência, segundo ele, seria a capacidade do analista de observar e de compreender suas próprias reações íntimas àquilo que o paciente lhe comunica. Como as imagens que se formam no analista com sua escuta ao paciente, o desenho interno da fala, o que isso lhe informa dessa clínica.

Observa que a partir da década de 1950, aproximadamente, a investigação sobre o processo contratransferencial vem se expandindo, no dizer de Fédida,

integrando uma verdadeira *clínica da contratransferência* a uma pesquisa metapsicológica por parte do analista das suas próprias modalidades de funcionamento psíquico durante o tratamento. (...) o impulso dado a esta obra – principalmente anglo-saxã - pode ser considerado em parte a Ferenczi preocupado, como se sabe, em

manter firmemente as descobertas do pensamento freudiano e em confrontar a psicanálise aos seus próprios limites na *aceitação terapêutica* de casos que podem ser considerados estranhos a seu campo (FÉDIDA, 1988, p. 69).

Assim, no artigo *Modalidades da comunicação na transferência e momentos críticos da contratransferência* (1989), Fédida retoma a conferência pronunciada por Ferenczi, em 1927, sobre a “Elasticidade da técnica psicanalítica”, na Sociedade Húngara de Psicanálise. Neste pronunciamento, lembra particularmente *a segunda regra fundamental da psicanálise*, ou seja, *que aquele que quiser analisar os outros deve primeiro ser analisado*. E passa então a expor algumas observações concernentes a uma metapsicologia da técnica. Ao examinar o referido artigo, Fédida nos chama a atenção para a expressão “metapsicologia da técnica”, considerando-a inovadora, pois “incita o psicanalista a não deixar sua técnica tornar-se uma técnica psicológica da suposta comunicação interpessoal e impede a fácil satisfação com resultados favoráveis conseguidos no tratamento, desprezando a liquidação das formações do supereu que geralmente sustenta e mantém a transferência” (FÉDIDA, 1989, p. 93)

Fédida aponta a sagacidade ferencziana ao correlacionar a metapsicologia da técnica à metapsicologia dos processos psíquicos do analista no tratamento, que exclui a possibilidade de conceber a metapsicologia como pura e simples pesquisa intelectual (de natureza filosófica ou psicológica) e impõe, em contrapartida, que os modelos provenientes da prática clínica sejam sempre virtualmente transformáveis no decorrer dos processos psíquicos do analista. Com isso, Ferenczi mantém os pressupostos básicos do pensamento freudiano na acepção da metapsicologia que envolve a análise dos processos psíquicos sob os pontos de vista tópico, dinâmico e econômico.

É desta perspectiva que Ferenczi concebe a elasticidade da técnica psicanalítica. A elasticidade é um assunto de *tato*, isto é, de sensibilidade constante e de vigilância quanto à situação analítica e de sua dinâmica. A análise da dinâmica de cada sessão, de cada caso, a *revisão das experiências vividas durante o próprio tratamento analítico* fazem Ferenczi reconhecer o complicado trabalho do psicanalista, que exige a elaboração de uma higiene particular do analista. Nas palavras de Ferenczi:

Pouco a pouco, vai-se percebendo até que ponto o trabalho psíquico desenvolvido pelo analista é, na verdade, complicado. Deixam-se agir sobre si as associações livres do paciente e, ao mesmo tempo, deixa-se a sua própria imaginação brincar com esse material associativo; nesse meio tempo, comparam-se as novas conexões com os resultados anteriores da análise, sem negligenciar, por um instante sequer, o exame e a crítica de suas próprias tendências. (FERENCZI, 1927/1928, p. 32)

Ferenczi examina com cuidado as exigências contidas na regra fundamental, focalizando o lugar do analista, ou melhor, o processo psíquico deste, e mais adiante acrescenta:

De fato, quase poderíamos falar de uma oscilação perpétua entre “sentir com”, auto-observação e atividade de julgamento. Esta última anuncia-se de tempos em tempos, de um modo inteiramente espontâneo, sob a forma de um sinal que, naturalmente, só se avalia o primeiro como tal; é somente com base num material justificativo suplementar que se pode, enfim, decidir uma interpretação. (FERENCZI, 1927/1928, p. 33)

Quer dizer, Ferenczi propõe a elasticidade da técnica fundamentado na atividade metapsicológica específica da contratransferência, sempre voltado aos processos psíquicos do analista no tratamento e não à pessoa do analista. Por isso, para ele a contratransferência consiste em conhecer, primeiro, em que momento determinada fala do paciente provocou no analista determinado devaneio ou determinada imaginação, e como este devaneio ou esta

imaginação informa sobre o momento da comunicação intratransferencial do paciente no tratamento. Esse momento de comunicação intratransferencial é muito precioso na sessão, porque vai configurando no analista uma memória do sexual-infantil do paciente e uma interpretação vai se construindo. Entendemos ser esta a vantagem de considerar a atividade psíquica do analista como a de um “aparelho” sensível, suposto constantemente discriminador de suas mudanças de “regime” e assim auto-informativo das mínimas modificações sobrevindas no movimento psíquico do paciente. Para tanto, torna-se imprescindível que o analista depure esse “aparelho” sensível por meio de sua própria análise. Esta exigência de que o analista se submeta ao processo analítico para desvendar sua própria dinâmica psicopatológica é a única base confiável para que este compreenda o processo psicopatológico de seu paciente.

Desse modo, uma teoria da contratransferência que se pretenda psicanalítica não pode se apartar da especificidade de uma técnica que, em lugar de se desenvolver pela aplicação de um saber teórico, se transmite pela análise do analista, pela investigação e descoberta dos seus próprios processos psíquicos. É nesse sentido que a concepção de contratransferência de Fédida comporta as *transferências*, e sua investigação implica uma atividade metapsicológica que difere da pesquisa intelectual, pois seus modelos são transformáveis segundo o processo psíquico do analista, regido pelos modos de formação do sonho e da transferência. Ferenczi foi o primeiro a se engajar no projeto de formular uma teoria da contratransferência ao insistir na necessidade de voltar uma atenção clínica e crítica a estes processos, pois no pensamento deste autor há lugar para a dimensão psicopatológica do funcionamento do analista, no sentido de uma experiência que se constitui

como conhecimento subjetivo pelo contato com as paixões humanas. É justamente ao lidar com as paixões que a normalidade torna-se ideal fictício, e o psicopatológico é o *acontecimento crítico* que irrompe na continuidade do curso dos processos psíquicos.

A análise do analista lhe permite dispor de uma mobilidade psíquica que o torna sensível às variações da sua atenção. A esta mobilidade articulam-se a noção de *elasticidade da técnica* e a função do *tato* do analista, que sustentam uma concepção de *constituição subjetiva da técnica*, muitas vezes equivocadamente confundida com um empirismo subjetivista. A noção de elasticidade é formulada como contrapartida à dimensão traumática no tratamento (LEITE, 2005, p. 91)

Indubitavelmente, é o psicopatológico que rege o que nos é analiticamente conhecível de nós mesmos e dos outros analistas. Nestas condições, é o que nos permite pensar metapsicologicamente a respeito dos processos psíquicos da atividade de analista, na medida em que caracteriza estes processos. Isto é ainda mais provável já que cada paciente no seu tratamento faz vir à tona e reativa nossa psicopatologia pessoal. No dizer de Fedida, “certamente não seria falso ousar pretender que os analistas são analistas e continuam sendo porque continuam a engajar com seus pacientes – transferencialmente – este “resto não resolvido” de sua própria análise” (1989, p. 119).

Em *As múltiplas faces de Eros: uma exploração psicanalítica da sexualidade humana*, Joyce McDougall trata esse “resto não resolvido” e seus efeitos contratransferenciais que foram muito valiosos na análise de Marie-Josée, sua paciente, dizendo:

minha surdez contratransferencial, juntamente com minhas fantasias recalçadas, tinham funcionado como uma tela opaca, impedindo que a ‘luz’ analítica iluminasse não somente a vida sexual adulta

insatisfatória de Marie-Josée, mas também um elemento fantasístico predominante de sua frigidez parcial: a saber seus desejos homossexuais não-reconhecidos.” (MCDUGALL, 1997, p. 32).

Interessante, pois essa interpretação originou-se de “um sonho contratransferencial” de McDougall. Após a análise desse sonho, a analista deu-se conta de quanto sua paciente – resto diurno - mobilizava esse resto não resolvido, o qual emergiu livremente no sonho, e possibilitou o desenrolar da análise de Marie-Josée.

Pensamos ser esse o lugar de ressonância em que consiste o dispositivo da contratransferência, o qual permite, quando pode ser re-instaurado, que o analista recupere sua condição como estranho/estrangeiro, cujo silêncio em sua negatividade, produz a dessignificação e oferece à fala uma recepção em sua máxima potência de constituir a linguagem como portadora do tempo e da memória do infantil. O modelo do sonho orienta esta formulação, tão caro a Freud, como paradigma teórico da técnica e cujo valor Fédida nunca deixa de sublinhar. O sonho, em sua estranheza e intimidade, é o guardião da memória adormecida. E McDougall nos traz essa memória que, adormecida, se deixa mobilizar pelos restos diurnos oriundos da análise de Marie-Josée. Nesse sentido, a contratransferência em sua função de recepção e transformação das transferências permite ao analista ser o guardião do sítio em que torna possível a construção da linguagem na análise.

É desse ponto de vista que Fédida sustenta sua proposta de “contribuir para uma re-formulação das condições de uma metapsicologia da contratransferência e, a partir daí, de uma metapsicologia das modalidades de comunicação nos processos transferenciais” (FÉDIDA, 1989, p. 95-6). É desta

perspectiva que nos fala da relevância da prática da supervisão que representa a condição constitutiva de uma comunidade profissional dos analistas entre si. No seu entender, “não seria abusivo pretender que é dela que conviria esperar uma metapsicologia da técnica e uma metapsicologia dos processos psíquicos do analista na análise.” (FÉDIDA, 1989, p. 121)

Com base nesses estudos da situação analítica é que Fédida critica os processos de intelectualização teórica do analista, bem como o movimento do empirismo da espontaneidade “que inevitavelmente leva o analista a fazer depender a eficácia de suas intervenções de investimento narcisista de sua própria pessoa” (FÉDIDA, 1989, p. 100), por meio do incremento de “presença” da pessoa, que anula a presença do infantil estrangeiro e desse modo o infantil é recusado em proveito de uma historicidade da infância. Negligenciar o que se fala em benefício da atenção ao que acontece, diz Fédida, “é a forma segundo a qual podemos conceber a recusa do infantil pelos próprios analistas, pois, neste caso, não reconhecemos a palavra (*parole*) carregando em si mesma a regressão tópica (os traços mnêmicos)” (FÉDIDA, 1989, p. 103). A familiarização da fala aumenta as representações conscientes do pensamento, reforça o império e o domínio do representável em detrimento do figurável e, por fim, diminui na mesma medida a esperança da linguagem em suposto benefício do imaginário eu. A familiaridade desinstaura a situação analítica regida pela associação livre e a atenção equiflutuante em prol da relação interpessoal. Assim, a responsabilidade do analista com respeito à fala do paciente concerne, portanto, à instauração pelo analista da *situação analítica* em psicoterapia. É desta responsabilidade que procede uma resposta, a qual é dada pelo engajamento de responsabilidade implicado na instauração da situação analítica (FÉDIDA, 1989).

Desta compreensão, Fédida estabelece a aplicação da *regra* segundo a qual o analista ocupa o sítio constitutivo e fundante dos lugares de uma fala cujo destinatário não pode ser ele mesmo. O destinatário é alucinatoriamente o objeto interno da transferência. É um objeto interno desconhecido do paciente e, mais ainda, do analista. Essa formulação do objeto interno da transferência está consubstanciada na noção de ausente e de ausência que Fédida trata no seu livro *L'absence*. “A ausência dá conteúdo ao objeto e assegura ao afastamento um pensar. Literalmente: ela não se resume ao passado. Então, o distante é o que aproxima e o ausente – mais que a ausência – é uma figura do retorno, tal como se diz do recalcado” (FÉDIDA, 1978, p. 7. Trad. livre).

O refinado pensamento de Fédida sobre a clínica psicanalítica, a especificidade de sua técnica correlacionada aos processos psíquicos do analista no tratamento, ou melhor, a contratransferência, advêm de sua inquietante estranheza da transferência e isso o faz conceber o *sítio do estrangeiro* como próprio da clínica psicanalítica.

Transferência, conceito muito precioso na clínica psicanalítica, desde os trabalhos iniciais de Freud e Ferenczi como vimos no capítulo anterior, nas mãos de Fedida, torna-se um verdadeiro objeto de investigação. Em toda sua obra, ele dedica especial atenção a este fenômeno, ou processo, como prefere chamar. Problematisa sua conceituação a partir do apontamento freudiano do efeito de estranheza da transferência, que lhe é inerente por conter em si o que há de mais íntimo, e que alguns analistas parecem ter esquecido. E daí propõe:

Creio que estamos nesta situação em que gostaríamos de reconsiderar completamente a questão da transferência, em relação ao que são nossos hábitos de formulação, quando dizemos por exemplo ‘uma relação transferencial’, ou ainda quando dizemos, ‘é

uma transferência paterna ou materna'. Creio que essas são maneiras de formular inadequadas, mesmo que as utilizemos e que continuemos a utilizá-las por comodidade de comunicação entre nós. Mas se trabalhássemos sobre uma situação clínica precisa, perceberíamos bem que a fonte, o objeto-fonte é certamente *sustentado* pela realidade da pessoa do analista, mas que ele *não* é a pessoa do analista. (...) O mais importante, de fato, é que a constituição interna do interlocutor é que será capaz de representar este papel motor de eros no auto-erotismo (FÉDIDA,1991,110/ 111).

Com essa colocação, Fédida deixa claro que a problematização conceitual da transferência deve ser remetida ao trabalho “sobre uma situação clínica” e assim a clínica é seu espaço de reflexão e teorização, no qual mantém um pensar metapsicológico que dá possibilidade de abertura a novos pensamentos. Nesse sentido, argumenta sobre o objeto-fonte da transferência, que é sim sustentado pela pessoa do analista, mas que este não é a pessoa do analista, mas sim um interlocutor interno. Daí, ressalta o funcionamento auto-erótico da transferência.

Nessa visada, esse autor escreve *Clínica psicanalítica: estudos*, no qual no capítulo *Amor e morte na transferência*, questiona a concepção de tratamento bem-sucedido, dizendo que “a própria idéia de um tratamento com sucesso é talvez contraditória com a experiência terapêutica” (Fedida,1988, p.31). Nesse sentido, Fédida recorda a análise freudiana do romance *Grädiva, uma fantasia pompeiana*, de Jensen, em que Freud apresenta o único exemplo, em toda sua obra, de um tratamento perfeitamente bem-sucedido, e isso porque se trata de uma ficção, uma fantasia, que o mestre de Viena chama “a cura do amor”. Fédida, num estilo de linguagem que lhe é peculiar, revela de modo preciso como se dá esse processo de cura, que fazemos questão de transcrevê-lo:

É o tratamento conduzido por Zoé Gradiva com o arqueólogo Noberto Hanold. Zoé Gradiva é sua amiga de infância. Mas Noberto esqueceu-se completamente da existência dela.

Noberto Hanold tornou-se um grande e sábio arqueólogo. Faz pesquisas acadêmicas e sua vida se caracteriza pelo fato de não se interessar por mulheres.

Um dia enamora-se de um baixo-relevo que representa uma 'jovem que avança' – Gradiva. Ao enamorar-se dele começa a delirar: tem alucinações de partir em viagem a Pompéia. Iria procurar nessa cidade as circunstâncias nas quais Gradiva poderia ter sido representada. Empreende a viagem mas percebe que, no curso dela alguém o acompanha em ligeira distância, sem jamais confrontá-lo, sem jamais obrigá-lo a realizar o que se passa em sua cabeça. Leva muito tempo para que Noberto descubra que a pessoa representada pelo baixo-relevo é sua amiga de infância – Zoé – que foi para ele objeto de amor. É ela que vai libertar-lhe o amor. É ela quem vai lhe tornar possível o amor, libertando-o do delírio.

Quando Noberto estiver curado poderá de novo reencontrar o sonho em seu sono. Renunciará a seu delírio e poderá amar diretamente Zoé Bertgang – Gradiva. Ao longo de toda sua viagem ela o acompanhou sem jamais esposar seu delírio, sem nunca fundir-se com ele no imaginário. Falava-lhe em linguagem de duplo sentido: o sentido em que Zoé mostra entender que está na cena do delírio, e o sentido em que ela, Zoé, assinala a Noberto estar fora da cena. Jamais, em momento algum, Zoé força Noberto a realizar que o amor que está prisioneiro na transferência, diz respeito a ela, Zoé Bertgang. Jamais Zoé sacode o herói para que ele acorde; ela sabe muito bem que isso não permitiria a cura do Noberto, pelo contrário, acentuaria suas alucinações e reforçaria o delírio. Ela sabe que é preciso deixar tempo para o encaminhamento do delírio (FÉDIDA:1988,32/33).

Nosso interesse nessa transcrição é destacar essa dinâmica do processo de tratamento que Freud e Fédida vão assinalando e fomentam um pensar sobre o lugar do analista e o manejo da transferência, ou seja, um modelo daquilo que se propõe como próprio tratamento psicanalítico. Um lugar que, demarcado por uma ambigüidade entre presença-ausência da pessoa do

analista, assim como Zoe, vai demonstrando, ao acompanhar Noberto em sua viagem, e um deslocamento sutil do objeto transferencial do delírio vai se operando. Mas, é preciso tempo e paciência para que a memória do amor da infância possa se desvelar, e o encontro amoroso possa efetivar a cura. Neste ponto, considera a vantagem do sucesso desse tratamento, pois Noberto é curado pelo amor de Zoé, diferentemente do tratamento psicoterápico em que não há troca de objeto a se fazer. O tratamento que Zoé idealmente leva a cabo pela curiosidade obstinada do amor possui o poder de livrá-lo de uma transferência delirante e de restituí-la a Hanold, pois Zoé pode aceitar as aspirações amorosas dele à sua pessoa, o que difere da posição do analista; por isso mesmo, é na ficção que se tem um modelo de cura eficaz.

Dessa perspectiva, Fédida problematiza o amor de transferência. Esclarece que na obra freudiana essa questão passa por uma evolução no pensamento do seu autor que vem desde a concepção da transferência como “falsa conexão”, sua ligação com as imagos paternas deslocadas para o analista, mas principalmente, a partir da descoberta da transferência como obstáculo, da transformação desse obstáculo em uma resistência, da descoberta de que a resistência e a transferência são peças mestras do tratamento analítico. Acompanhando a evolução desse pensamento, Fédida assinala as novas clarificações desse conceito de transferência nos textos de 1920, que, segundo ele, “abordam a oposição entre pulsão de vida e pulsão de morte, pulsão de autoconservação e pulsão do eu” (FÉDIDA, 1988, p. 39). A importância dada à compulsão à repetição, em ação na transferência, na qual o paciente, em vez de recordar, mergulha num constante agir, sem a mínima reflexão do seu ato. Age compulsivamente. Mas, no seu entender, esta não é a questão maior, pois, para ele, o verdadeiro problema é “o problema da

transferência, da autoconservação do eu nela, o da significação da morte na autoconservação e, poderíamos acrescentar, o problema da intolerância à efração sexual” (FÉDIDA, 1988, p. 39/40).

Ao focalizar a intolerância às forças que operam no psiquismo e impedem a construção da linguagem, Fédida põe em relevo o efeito do excesso como problema maior de investigação, e não a falta. Para ele, fica claro que Freud toma consciência cada vez maior da insistência da pulsão de morte. Até sua morte, em 1939, Freud parece cada vez mais pessimista sobre as condições de esperança de cura pela psicanálise, pois “a compulsão à repetição é o motor de toda pulsão e, nesse sentido, a morte está no âmago de toda pulsão. E é contra isso que se choca o psicanalista” (FÉDIDA, 1988, p. 40/41)

Consideramos que Fédida levanta questões fundamentais que os textos freudianos, a partir da década de 20, abrem para se pensar o fator quantitativo, ou melhor, o ponto de vista econômico da *estranheza da transferência*, e é desta leitura do problema que irá refletir sobre o *Amor e pulsões parciais*, dizendo: “eis porque Freud, em várias ocasiões, se aplica em colocar em primeiro plano a questão do múltiplo no amor. Pois, a tentativa de unificação de pulsões parciais numa pulsão representa um devaneio humano” (FÉDIDA, 1988, p. 42).

Esse ponto de vista nos fez lembrar a relevância da concepção freudiana de pulsões sexuais, especialmente das pulsões parciais, escrita na missiva de Freud endereçada ao Pastor Oskar Pfister em nove de outubro de 1918, que procurava dessexualizar a psicanálise:

O que há com a teoria sexual? Como pode ocorrer ao senhor negar a decomposição da pulsão sexual em pulsões parciais, a qual a

análise nos obriga diariamente? Seus argumentos não são tão fortes. O senhor não vê que a multiplicidade destas pulsões remonta à multiplicidade de órgãos, que são todos erógenos, isto é, têm anseio de se reproduzir no órgão vindouro? E o fato de que todos os órgãos reuniram-se numa unidade viva, de que se influenciam mutuamente, se apóiam ou freiam, e de que mesmo no seu desenvolvimento permanecem dependentes uns dos outros, foram capazes de impedir a anatomia de estudá-los ou descrevê-los separadamente, ou de impedir a terapia de atuar sobre um órgão isolado, que preponderantemente se tornou a sede do processo enfermante ou seu agente? É possível que a terapia interna freqüentemente tenha se esquecido desta correlação de órgãos; a psicanálise empenha-se em não perder de vista esta conexão da vida pulsional sobre a separação das pulsões isoladas. Na ciência, primeiro é preciso decompor, depois reunir. Parece que o senhor quer síntese antes sem a análise prévia. Na técnica psicanalítica não há necessidade de um trabalho especial de síntese; isto o indivíduo autonomamente providencia melhor que nós. Isto vale para todas as pulsões, até onde conseguimos separar. Mas... o senhor não foi plenamente justo com as pulsões sexuais. O senhor não disse em nenhum lugar que estas realmente têm uma relação mais íntima e um significado maior para a vida anímica como tal, mas – no que importa – para se adoecer de neurose. E isto é justamente por causa da natureza conservativa delas, da sua relação mais com o inconsciente, com o princípio do prazer, e em consequência das particularidades do seu processo de desenvolvimento até as normas culturais (*apud* BERLINCK, 2000, p. 65-66).

Nessa correspondência, Freud explicita em linhas gerais os *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905), e deixa claro que esta teoria é um dos pilares da psicanálise. Essa formulação é retomada por Fédida que a problematiza da perspectiva da articulação entre o amor e as pulsões parciais, dizendo que é importante acentuar esta estranha dificuldade de se fazer coexistir na palavra amor as pulsões parciais e conservá-las juntas no mesmo objeto, pois no amor coexiste o contrário, o ódio, e isso o torna ameaçador ao eu, que busca a síntese. Essa questão da coexistência dos contrários na

palavra amor advém do desejo de unificação que se expressa pela qualificação categorial dessa palavra; assim temos a categorização do amor paterno, amor materno, amor fraterno, dentre outras, na busca de evitar a abertura polissêmica da palavra que designa alguma coisa da ordem do intolerável ao pensamento. “Paradoxalmente a abertura dessa palavra na vida de alguém coloca imediatamente o ser humano diante da dificuldade da ambivalência: ele não consegue resolver as coisas contrárias que encontra no interior de si” (FÉDIDA, 1988, p. 44). É dessa perspectiva que ele analisa a preocupação de Freud em “demonstrar que talvez o amor seja anormal, patológico, ou pelo que ele é, o amor cura. Seria preciso poder admitir os contrários e fazê-los coexistir no interior de si mesmo, fazê-los co-habitar, fazê-los frutificar juntos. Portanto romper a clivagem e assim poder estar do lado da análise do amor, e não da síntese” (FÉDIDA, 1988, p. 45). Diferentemente do Pastor Oskar Pfister, que busca uma totalização, uma unidade no amor, e isto é da ordem do sintoma, Freud enfatiza sua pluralidade correspondente à dinâmica das pulsões parciais na infância. Por isso, na clínica psicanalítica, o analista se capacita para ouvir o infantil: no atual ouve o *inatural*. Esta relação entre o inatural e o atual define a temporalidade ambígua de todo tratamento psicoterápico.

4.2.1 Transferência e auto-erotismo

Sobre esta teoria da sexualidade, Fedida, no artigo *A doença sexual: a intolerável invasão*, realiza um profundo e complexo estudo do conceito de auto-erotismo. Dentro do ponto de vista histórico, destaca o momento de construção deste conceito por Freud, dizendo:

é muito interessante que nos coloquemos neste momento de descoberta freudiana, no qual ele faz uso do auto-erotismo, pois este

conceito continua vinculado às condições de compreensão do sonho, e principalmente com a relação do sonho com o sono, como se a idéia de regressão narcísea no estado primeiro do sono fosse, de fato, o modo pelo qual Freud apresenta sua idéia de auto-erotismo” (FÉDIDA, 1991, p. 98).

Fédida assinala a potencialidade desse conceito sustentando que é “um conceito capaz de trazer em si a descoberta da psicanálise e de ter uma função metapsicológica de inteligibilidade de numerosos processos, dentre o quais o processo de transferência” (FÉDIDA, 1991, p. 99). Desse modo, ele retoma esse conceito nos seus estudos, no sentido de enfatizar sua operacionalidade conceitual na compreensão de determinados fenômenos psicopatológicos, como a depressão, a anorexia e a toxicomania, dentre outros, mas principalmente na especificação da técnica psicanalítica, na qual propõe que sua finalidade é a restituição do auto-erotismo primitivo.

Nos *Três ensaios da teoria da sexualidade*, de 1905, Freud traz como modelo do auto-erotismo a relação com o seio materno, ou seja, a sucção do seio e, a partir daí, o problema do “chupetear”, considerando esse momento humano importantíssimo, porque é o momento no qual se produz o primeiro luto na criança, isto é, a perda do objeto de conservação, a perda do seio como objeto de autoconservação, correspondente ao que precisamente irá se designar como *auto-erótico*

Na leitura de Laplanche, “o modelo do auto-erotismo, é efetivamente secundário numa primeira fase em que a pulsão sexual se satisfaz por apoio na pulsão de autoconservação (a fome) e graças a um objeto: o seio” (LAPLANCHE, 1991, p. 48). Especifica que a origem do auto-erotismo seria esse momento em que a sexualidade se separa do objeto natural, se vê entregue à fantasia e por isso mesmo se cria como sexualidade. Quer dizer, a

sexualidade humana intervém justamente nesse momento de desvio, precisamente no momento do contato interno com um objeto que se encontra no interior mesmo da relação da boca com ela própria, onde se descobre a fonte de prazer, e onde, precisamente, *aqui*, acha-se engajado o desenvolvimento da sexualidade (FÉDIDA, 1991).

Dessa perspectiva, Fédida aponta para o emprego freudiano do termo auto-erotismo, o qual Freud instintivamente conservou na íntegra nos sentidos de *autos - eros*, em um sentido que significa não somente que se produz a partir de si mesmo – *autos – eros* – mas um processo que, ele mesmo, se *engendra*, um processo capaz, ele mesmo, de engendrar sua capacidade de se engendrar. E, nesse sentido, um movimento que é engendrado por si mesmo e que faz com que *autos* torne necessária a criação de *eros*. Observando que há aqui uma circularidade viva sobre a qual se pode precisamente dizer que isso é criação sexual (FÉDIDA,1991). Ao retomar esse conceito, destacando sua relevância, Fédida chama a atenção para o fato de que o auto-erotismo merece um aprofundamento maior. E, de fato, concordamos com ele, quando afirma “a necessidade de haver uma reavaliação de toda a teoria do auto-erotismo que seria muito importante do ponto de vista da metapsicologia” (FÉDIDA,1991,p.103), bem como, acrescentamos, do ponto de vista da clínica psicanalítica, que é o foco desta tese.

Desse ponto, Fédida considera imprescindível uma concepção do auto-erótico que inclua um outro - virtual como interlocutor - sem o que se tornar muito difícil compreender o que significa o tratamento psicanalítico e, em especial, o que representa a estrutura e o funcionamento auto-erótico da transferência. Sobre o que argumenta que “poderíamos dizer que na transferência há a regeneração do auto-erotismo primitivo” (FÉDIDA, 1991,

p.103). Na conferência, *A doença sexual: a intolerável invasão*, Fédida observa que a auto-erótica da transferência contém a idéia de que o lugar do analista consiste na distância suficiente que permita ao paciente, quando fala, ter contato com ele mesmo, com sua vida de fantasia, com seus afetos, desde que o rosto do analista esteja de alguma forma implícito nesta experiência psíquica. É desse entendimento que emprega o termo de uma atenção equiflutuante, pois não é o contato com o analista que é visado, mas o lugar tópico do rosto, principalmente se o rosto está escondido. É o lugar do rosto como interlocutor capaz de engendrar este auto-erotismo. O analista intervém via a transferência auto-erótica do objeto virtual.

Nesse sentido, o conceito de auto-erotismo ganha maior consistência ao ser explorado por Fédida na clínica da depressão, principalmente no seu importante livro *Dos benefícios da depressão: elogio da psicoterapia* (2002). Nesse estudo, refletimos a partir do seu título sugestivo, que evoca uma questão: por que “dos benefícios da depressão”? Assim, nessa leitura, fomos conduzidos por esse problema que ele vai elucidando na medida em que problematiza a função que cabe ao *outro* no auto-erotismo e, portanto, na constituição do psiquismo, já que a emergência e o engendramento do auto-erotismo infantil se dá pela *modalidade de presença do outro*. Uma presença que engendra o movimento – *autos – eros*, e que sublinha a corporeidade auto-erótica. Daí afirma que a observação na criança pequena no nível sensorial, motor e de linguagem pressupõe uma verdadeira “interação” ambiental, que faz dessa modalidade de presença um “foco” do *autos*.

Os analistas de crianças muito pequenas deram a esse respeito uma decisiva contribuição, por sua descrição bastante apurada das funções da depressão precoce, que se traduz por dependências aditivas do corpo da mãe

e por desamparos catastróficos de separação. Como se então – em sua forma original – a depressão assumisse a forma de uma destruição da capacidade auto-erótica e, assim, de uma ameaça de separação. Fédida descreve com refinada sensibilidade a fenomenologia do estado depressivo, observando que

a experiência comum do estado deprimido que poderia caber numa única sensação: aquela quase física de *aniquilamento*. Essa sensação quase nem chega a ser um afeto que se experimenta e parece muito distante da percepção de um sofrimento vivido pelo sujeito. Ela se apresenta mais a uma imobilização, um impedimento de se sentir os menores movimentos da vida interna e externa, à abolição de devaneio ou desejo. O pensamento, a ação e a linguagem parecem ter sido totalmente dominados por uma violência do vazio. Além disso, a queixa do deprimido é pobre e repetitiva: ainda é fala, mas como que afastada da fala. A vida está vazia; não existe gosto ou interesse por nada, e predomina a incapacidade de se fazer o que quer que seja. Essa queixa é triste, mas é uma tristeza desapegada, sem afeto. Não é um lamento que manifeste ou anime uma interioridade: é uma voz que constata um processo de desaparecimento” (Fédida, 2002, p. 9).

É por isso que Fédida concebe a depressão como *uma doença do vivente humano* (FÉDIDA, 2002, p.12). Nessa consideração, a depressão é a doença do ser humano no sentido de que, desde o nascimento, ele está submetido à necessidade de se dotar de uma vida psíquica graças às interações com a mãe e o ambiente; e, por esta razão, doença de ser humano capaz de ser, psíquica e corporalmente, afetada pelo excesso de violência vinda do interior ou exterior. Consideramos este ponto de vista muito rico para se pensar a presença do outro na constituição psíquica do sujeito - um eu-corpo, auto-erótico -, bem como o lugar do psicanalista na restituição desse auto-erotismo primitivo.

Esses estudos sobre os primórdios da vida psíquica promovem uma ampla investigação de psicanalistas voltada à noção de desamparo. Essa problematização do desamparo tem início nos estudos freudianos quando considera a angústia como um produto do desamparo mental da criança, o qual é um símile de seu desamparo biológico. Na interpretação de Daniel Delouya,

Freud parte ali do estado primordial do desamparo do bebê para mostrar como a dor, implícita neste estado, impele o recém-nascido em direção ao objeto. É na ligação desta alteração interna (fisiológica), subjacente a este anseio, com a resposta do objeto ao grito de apelo do bebê, que se dará a base para que se constitua, neste momento incipiente do psiquismo, a aliança entre a prefiguração do outro almejado e as próprias representações dos órgãos internos em estado de necessidade (a forma, o espaço e o movimento) – ou seja, as imagens corporais das moções pulsionais – e suas inflexões nas próprias representações motoras da fala, associadas a este grito (DELOUYA, 1999, p. 29).

Essa interpretação da importante obra freudiana *Projeto para uma psicologia científica*, que Daniel Delouya apresenta no seu artigo *A dor entre o corpo, seu anseio e a concepção de seu objeto* revela que esse momento incipiente do psiquismo, momento muito primitivo de constituição do eu, no qual não há uma elaboração psíquica da dor do desamparo, ou se há, é mínima; não há um pensar, não há uma linguagem que possa nomeá-la. O que parece haver é um transbordamento do afeto de desamparo, expresso num espernear, num grito de anseio dirigido ao outro. Como afirma ainda este autor: “E é apenas este outro dos inícios que, vindo ao encontro deste apelo, precipita-se no sujeito como experiência ou nele inscreve uma vivência. E esta que dota a dor de qualidade, transformando-a em afeto. Portanto, o outro afeta, ou melhor, concede afeto, por meio ou através da dor” (DELOUYA, 1999, p. 9)

No artigo *Inibições, sintomas e angústia*, 1926, Freud, ao tratar desta questão, ele parte do estudo da angústia, definindo-a como uma reação comum a todo organismo e que no homem se molda no processo do nascimento. “A angústia, portanto, é um estado especial de desprazer com atos de descarga ao longo de trilhas específicas” (FREUD, 1926, p.156). Disso, ele considera os afetos como processos de descarga, e uma das funções do ego é poder conter, em si, um pouco desses afetos, particularmente, o de angústia, que causa um excesso de excitação, tornando-se difícil ter certo controle sobre ele. A reação de angústia é absorvida pelo ego, que passa a usá-la como sinal de alerta frente à situação de perigo. Nesse sentido “o ego é a sede real da angústia” (FREUD, 1926, p. 156).

Nessa dependência do outro, a relação mãe-bebê assume uma singularidade na vida do sujeito, pois a concessão do amor materno torna-se essencial no humano para que ele possa lidar com esse turbilhão de forças, internas e externas, que o expõe ao desamparo. Nas palavras de Mário Eduardo Pereira,

A ternura e a presença calorosa da mãe constituem os primeiros pólos de organização do amor. Tudo que é da ordem do desejo e da nostalgia da unidade perdida terá necessariamente como referência esta primeira à afeição materna. Assim, Eros inscreve-se no inconsciente em uma ligação íntima e indissociável com o desamparo (PEREIRA, 1999, p.368).

Dessa perspectiva, a psicoterapia psicanalítica inspira-se no modelo do desamparo do bebê e da resposta específica dada pelo outro. E com esse fundamento, temos uma gama de contribuições de psicanalistas de crianças, o que, na interpretação de Fédida, é bastante notável que a psicoterapia analítica disponha da capacidade de esclarecer a importância primordial do tato e do

contato, dos ritmos corporais, das metáforas da voz, do rosto e dos gestos na constituição da subjetividade. Assim, temos uma gama de trabalhos elucidativos desse momento primordial de constituição e a presença do outro nesse processo. A psicanálise freudiana constitui, com sua psicopatologia e sua clínica, a única tentativa para manter no centro da experiência humana a função de uma negatividade ao conceituar a pulsão de morte, a culpabilidade, a destrutividade, o masoquismo originário, os quais compõem a compreensão da subjetividade psíquica.

Neste mesmo livro, no artigo *A psicoterapia na psicanálise hoje*, Fédida sustenta a hipótese “segundo a qual a auto-erótica das trocas *está* no nascimento da *vida* psíquica” (FÉDIDA, 2002, p.157). À qual devemos acrescentar que a queda na depressão e o permanecer fechado nela caracterizam uma onipotência do ‘ser completamente sozinho’. Neste sentido, reflete sobre “a restituição pelo *outro do escutado* que concede uma depressividade à vida psíquica – esse movimento interno de presença-ausência. E, assim, o socorro do outro traz ajuda, mas também sua ausência” (FÉDIDA, 2002, p.62). É dessa perspectiva que Fédida pensa a questão da ausência e do ausente que se presentifica no objeto alucinatório da transferência, objeto virtual construído na ausência da presença. Desse modo, ele apresenta sua hipótese da importante distinção entre depressividade e estados depressivos, argumentando que

Aqui, vamos levantar uma hipótese: a da diferença que deve ser estabelecida entre a depressividade inerente à vida psíquica (a vida psíquica é depressiva no sentido de que garante proteção, equilíbrio e regulação à vida) e o estado deprimido, que representa uma espécie de identificação com a morte ou com o morto. (2002, p.14)

Por isso, concebe que durante uma psicoterapia analítica o paciente adquiere progressivamente a capacidade *autônoma* de denominar os afetos geralmente ensurdecidos pelo estado do qual ele se queixa: de alguma forma, ele descobre que a fala junto ao analista não visa somente a *expressar* um sofrimento psíquico, mas principalmente permitir-lhe *apropriar-se* daquilo que sente, por intermédio das palavras pelas quais designa a vivência de seu estado depressivo. A denominação dos afetos nada mais é do que a descoberta de que as palavras trazem consigo tonalidades e referências, desde que a fala lhes devolva o poder de nomear.

Nesse processo de nomeação, torna-se imprescindível uma escuta com capacidade de recepção da coisidade inconsciente das palavras que se expressam a partir de figuras, imagens, e disso a possibilidade de poder nomear. Isso é sustentado por Leite, em 2001, no seu livro *A figura na clínica psicanalítica*, no qual defende a tese de que:

A escuta por imagens tem capacidade de recepção da 'coisidade sensorial das palavras', dimensão estética anterior à formalização sintática e semântica que se dá na comunicação, da qual a linguagem se distancia quando ingressa no regime da significação e da discursividade. O retorno às imagens e sua colocação em figuras realiza um *trabalho de desalienação da linguagem* de sua função convencional e restaura sua capacidade de apresentar o desenho interno da fala. Como no sonho, restitui às palavras sua virtualidade e sua mobilidade, permitindo que se instale a atividade de renovação, ou antes, de engendramento constante da própria linguagem, que confere à escuta na análise sua especificidade. (LEITE:2001, p. 19/20)

Essa especificidade da escuta do analista que Leite argumenta está alicerçada em Pierre Fédida, dentre outros, que enfatiza os processos psíquicos do analista na situação analítica; por isso considera a contratransferência como um dispositivo inerente ao enquadre analítico. Assim,

seria, nesse caso, a experiência imaginária emocional colocando à prova o analista em seus esquemas de compreensão e de interpretação. Essa observação ‘colocada à prova’ constituiria assim, em cada tratamento, uma espécie de desafio crítico de renovação e transformação.

4.2.2 Contratransferência e o materno

A experiência emocional colocando à prova o analista refere-se ao modelo imaginário do maternal, que é evocado por essa referência ao enquadre e à situação psicanalítica. Mas a ficção teórica desse modelo só vale caso permita compreender a função que cabe ao outro no auto-erotismo. E é precisamente a transferência por excelência do auto-erotismo que outorga ao outro o valor de uma “presença em pessoa”, cuja sensibilidade evita qualquer intrusão destrutiva por excesso de manifestação de presença pessoal. Então, o interesse adquirido pelo termo “auto-erotismo” – em relação com a depressividade – já é aquele que ele comporta em sua significação. Trata-se, sem dúvida, de uma *erótica* – ou seja, da sexualidade humana em sua origem e, assim em sua função alucinatória de fantasma (2002, p.47-8). Esse fantasma afeta tanto o paciente quanto o analista, e, este procura compreendê-lo na sua contratransferência. Assim, no artigo *Crise e contre-transfert*, Fédida concebe que

Os verdadeiros psicanalistas terapeutas são aqueles que, trabalhando com sua própria vida psíquica, conhecem o patológico, sabem observá-lo e procurar compreendê-lo, e pela própria experiência que possuem de si mesmos, a análise lhes confia se não os meios para curar, ao menos os meios de cuidar: Estes obtêm do psicopatológico esta consciência da distinção entre sua própria vida psíquica e a do *outro*, e a contratransferência se impõe a eles como a medida sempre presente desta consciência (FÉDIDA, 1992, p. 192. Trad. livre).

Dessa investigação que realizamos sobre sua conceituação de transferência, sustentamos a tese de que a grande contribuição de Fédida aos estudos sobre contratransferência e, portanto, à metapsicologia da técnica, diz respeito à sutil diferenciação das modalidades transferenciais no campo da clínica. Assim, Fédida distingue três termos para a transferência: a transferência do paciente sobre o analista, a transferência do analista para o paciente e a possibilidade disjuntiva de poder apreciar esse funcionamento inter-transferencial. Para ele, “ser analista é estar nessa condição de disjunção” (FÉDIDA,1988,p.61). É assim que ele designa a contratransferência: da posição de disjunção do analista, numa tópica pré-consciente capaz de recepção e de transformação.

A transferência do paciente *sobre* o analista é a primeira a ser identificada no tratamento psicanalítico. No momento de descoberta, Freud identifica uma ‘falsa conexão’ no movimento transferencial, mas, na sua formalização conceitual, a transferência do paciente *para* o analista é concebida como uma reedição das imagos parentais na figura da pessoa do analista como destinatário. Fédida analisa que não é a figura do analista, mas sim o objeto interno transferencial do paciente, que é seu destinatário. O analista interpreta essa transferência numa comunicação intratransferencial e, se possível, inter-transferencial, que possibilita a instauração da situação analítica, devido ao processo regressivo da transferência.

Em relação à transferência do analista para o paciente, essa é da ordem da autotransgressão da contratransferência. Fato que, observa Fedida, “não é falso supor que a angústia só aparece na contratransferência através da autotransgressão desta - ou seja, pela irrupção no analista de uma formação recalçada que retorna bruscamente por meio do que o paciente o faz viver”

(1988, 93). Na elaboração desta modalidade transferencial do analista, Fédida tem como referência, dentre outros, os trabalhos de Harold Searles sobre “as identificações arcaicas que ‘se manifestam na terapia como fortes qualidades maternas que tendem a provocar no terapeuta sentimentos infantis de dependência” (1988, p. 75). Isso é mais evidente na clínica do psicótico.

De fato, são os casos difíceis, especialmente a clínica da psicose, que fomentam a ampliação da investigação sobre o processo de transferência e o manejo da técnica. Na maioria destes casos, diz Fédida, “nada poderia ser realizado com tal paciente se tentássemos instaurar a dissimetria necessária ao trabalho de análise. Muitas vezes, com psicótico, o psicanalista torna-se desde o início um personagem da cena do delírio: neste caso, a simetria imaginária (sob a forma do amor ou do ódio) é um poderoso auxiliar do trabalho terapêutico.” (FÉDIDA, 1991,23)

Essa simetria imaginária é elucidada no trabalho de Freire “Do delirante ao ficcional: um estudo sobre a situação psicanalítica em um caso de paranóia” de uma paciente chamada Lia:

Ao entrar na sala do ambulatório, Lia apresentou-se como *Estela Vassoler*, uma jornalista que se dedicava a entrevistar pessoas comuns na rua. Como a analista soube mais tarde, tratava-se de uma personagem, figurada em um dos seus romances, que de fictícia tornou-se real. O corpo e a mente de Lia ganharam à densidade daquilo que havia escrito, em outro tempo, no suporte de um papel, No tempo da sessão, Lia gravava “a entrevista” que fazia comigo e imediatamente buscava ouvir as vozes que não eram senão ruídos. Deixar-me entrevistar por *aquela jornalista* foi fundamental para o desenrolar do jogo transferencial, a partir do qual o trabalho psicanalítico se iniciou. (FREIRE, 2006, p. 248)

Na análise de Freire, “mais que uma relação psicanalítica, esse primeiro movimento transferencial pode ser tomado como uma situação psicanalítica, pois, na homologia entre esta e o lugar psíquico, figura-se uma construção, uma instauração de um sítio virtual no qual o psíquico mostra-se à superfície”. (Freire: 2006,248)

Nesse sentido, os casos considerados difíceis e estranhos ao ideal da técnica referenciada por Freud, permitiram, no campo psicanalítico, uma exploração maior do sentido de contratransferência, articulado ao modelo imaginário de relação mãe-bebê. Sobre isso, em *Sur le rapport mère-enfant dans le contre-transfert*, Fédida assinala: “então, nós estamos certamente ainda longe de poder dispor de uma teoria *psicanaliticamente* pertinente das modalidades das atividades psíquicas do analista na cura, por conseguinte, dos processos complicados designados pela expressão de *contra-transferência*, nele parece que a relação mãe-bebê forma um modelo imaginário a fazer privilegiar uma clínica psicoterapêutica que toma por incumbência os casos reputados difíceis” (FÉDIDA, 1992, p.145).

Nesse caminho investigativo, Fédida faz um interessante estudo dessa clínica que tem por imaginário uma relação mãe-bebê, a qual advém da clínica dos casos considerados difíceis. “Destas condições, diz ele, não surpreende que tal clínica seja menos de uma preocupação com a metapsicologia, que da conceituação psicológica das experiências de comunicação e interação no campo da ‘relação’ terapêutica” (FÉDIDA, 1992, p. 145). Essa clínica envolve os casos de psicoses, de estados-limites, que solicitam direta e constantemente a atenção à evolução subjetiva pelo analista das modificações psíquicas produzidas pelo paciente sobre ele.

Fédida, ainda neste artigo *Sur le rapport mère-enfant dans le contre-transfert*, considera interessante pensar o *paradigma técnico* da psicanálise de criança na prática psicoterápica dos casos difíceis do adulto para examinar então o que se opera nas curas difíceis. Em geral, estes pacientes apresentam uma incapacidade de dispor de um *aparelho psíquico* e de pára-excitação que o próprio aparelho comporta idealmente (FÉDIDA, 1992. Trad. livre). No seu entender, uma psicoterapia decide as condições em que se acha o analista de instaurar a *situação analítica* e de recriá-la constantemente *a partir de si mesmo*. Esta função de auto-referência do analista, exigida na análise de crianças, é também exigida na análise dos casos difíceis de adultos, pois, na suposição de Fédida, a auto-referência recupera a atividade pré-consciente do tato clínico do analista, tal como formulado por Ferenczi na concepção da elasticidade da técnica. A riqueza deste recurso depende da receptividade do analista ao detalhe e da ressonância deste detalhe na construção metafórica da interpretação.

Tal sensibilidade permite não somente discernir as variações da vida psíquica do paciente e as modificações adaptativas das disposições internas do analista, mas também que esta sensibilidade receptiva pré-consciente concerne uma configuração intrapsíquica da relação mãe-bebê. Desta perspectiva, evidencia-se uma definição de contratransferência em termos da regulação econômica das trocas intrapsíquicas, presentes nos trabalhos de Winnicott, Harold Searles.

Em *A angústia da contratransferência ou o sinistro (A inquietante estranheza) da transferência*, Fédida especifica sua concepção de contratransferência, argumentando que

O modelo implícito da contratransferência é o de uma relação fictícia mãe-filho onde a mãe se faz receptora do que acontece com seu filho: experimenta uma angústia que a desperta para o perigo, que aumenta a acuidade da percepção de si mesma e do filho, restitui a este, através de palavras e de gestos adequados, a significação distinta do que ele experimenta, portanto, sem confusão com a sua própria. Dito de outra forma, a angústia contratransferencial do analista poderia ser, idealmente, a de uma mãe capaz de *ressonância* com o estado da criança, de *continência* das energias desta angústia, de *metabolização* e de *metaforização* dos afetos confundidos que tendem a transbordar na criança. É, portanto, o modelo da relação mãe-filho que aqui regula a função de experiência inter-subjetiva da contratransferência e que faz desta um dispositivo pré-consciente apropriado para dar, na linguagem, ressonância dos diferentes estados vivenciados pelo paciente. Nestas condições, a angústia contratransferencial não aparece apenas como uma 'resposta', mas sim como um *momento crítico da atenção* e, assim sendo, como instante analítico de constituição da interpretação" (FÉDIDA, 1988, p.74/75).

Esse pensamento de Fédida sobre a angústia da contratransferência nos parece fecundo. A angústia, como sinal de alarme - tal como formulada por Freud em *Inibições, sintoma e ansiedade* (1925[1926]) - evocada na contratransferência, constitui-se um *momento crítico da atenção* do analista, momento constitutivo de interpretação, recurso do analista para que a análise da transferência do paciente possa transitar por meio da linguagem, caso se mantenha a situação clínica. Na sua argumentação, Fédida esclarece como modelo uma relação fictícia mãe-filho, por reconhecer na contratransferência uma função que regula a "experiência inter-subjetiva" sem se confundir com os afetos que transbordam na criança-paciente, função de pára-excitação, que se rege em nível pré-consciente capaz de nomeação. Para tanto, se a escuta do analista consegue ser, no silêncio, *atividade de linguagem* e ativação do figurável, a fala do analisando encontra pouco a pouco as condições de seu próprio silêncio associativo.

No livro, *O sítio do estrangeiro*, Fédida especifica o sentido que emprega para designar o materno na clínica psicanalítica:

Na perspectiva em que nos situamos, o materno é, sem dúvida, muito mais associado na situação analítica à percepção pré-consciente dos dados sensoriais da *presença* em pessoa do analista, assim como a ambientação da sessão: ele constitui o material corporal dessa presença, cuja importância tradicional nas menores variações qualitativas na relação com o paciente não pode ser ignorada. Mas embora esse *materno* – que talvez não esteja bem nomeado assim – crie as condições temporais (quase pré-sensoriais) de *troca* imaginária da transferência, ele não poderia ser confundido com a própria transferência ou, pelo menos, com o *movimento de sua regressão tópica inconsciente* (FÉDIDA, 1996, p.151)

Entendemos que essa referência ao materno diz respeito às condições de análise, que envolve a ambientação da sessão, o material do corporal dessa presença acolhedora que corresponde ao que se denomina enquadre na situação analítica, pois para Fédida o enquadre é um espaço de potência que engendra a situação analítica. Situação analítica entendida na sua dinâmica de instauração, desinstauração, re-instauração – dinâmica própria da clínica psicanalítica. Nesse sentido, este autor formula sua concepção de enquadre:

A idéia de que o *enquadre analítico* – engendrado pela *regra fundamental* – corresponde a um *valor* de ordem semiótica-jurídica de amplo alcance axiomático, que não exige mais do que poucas palavras para ser significado no começo de um *tratamento* analítico. A *ficcionalidade* deste valor assim compreendido é certamente intrínseca à sua proposição lógica e às modalidades de sua enunciação. Será dito que a *sessão* implica a *unidade de lugar* a portas fechadas, que este lugar é o de um tempo a uma só vez estável, regular, freqüente e contínuo (como exige a *fala em presença*), que a análise implica em *dois*, cada um em sua posição sem variar, excluído então o *terceiro* sob qualquer forma que seja, aí compreendido sob esta forma paradoxal do analista em pessoa (FÉDIDA, 1996, p.67).

Essa forma paradoxal do analista em pessoa, porque ao mesmo tempo em que imaginariamente o paciente pensa dirigir-se a esta pessoa, e, para Fédida, “a *distinção dos corpos* antecipa a distância da *fala* e de seu sonho” (1996,p.68) - também, é pelo silêncio do analista que se instaura a situação analítica. Ou seja, é pela não presença em pessoa - no dizer de Freud, pela neutralidade - que se presentifica o estrangeiro - inatual/atual da infância. Por isso, na sua elaboração sobre a clínica psicanalítica, concebe que a situação analítica pode ser descrita como um *lugar*, caso estejamos de acordo para reconhecer-lhe como “uma situação indicaria primeiramente que se trata de um *sítio*, e que este sítio é o estrangeiro, que nela descobre a fala quando esta se surpreende escutando aquilo que diz” (FÉDIDA, 1991,61)

Nesse sentido, com certeza, o modelo imaginário do maternal é evocado por essa referência ao enquadre e à situação psicanalítica. Mas a ficção teórica desse modelo só vale caso permita compreender a função que cabe ao outro no auto-erotismo. E é precisamente a transferência por excelência do auto-erotismo – que outorga ao outro o valor de uma “presença em pessoa”, cuja sensibilidade evita qualquer intrusão destrutiva por excesso de manifestação de presença pessoal. Então, o interesse adquirido pelo termo “auto-erotismo” – em relação com a depressividade – já é aquele que ele comporta em sua significação. Trata-se, sem dúvida, de uma *erótica* – ou seja, da sexualidade humana em sua origem e, assim em sua função alucinatória de fantasma (FÉDIDA, 2002).

4.2.3 Contratransferência e linguagem

Neste ponto parece-nos importante assinalar que a construção teórica que Fédida apresenta em *Dos benefícios da depressão: elogio da psicoterapia*,

é fruto de uma ampla investigação - como própria deste autor - que inclui desde uma formulação do ponto de vista filogenético que Freud e Ferenczi enunciaram em sua fantasia e especulação metapsicológica a partir da imaginação filogenética. Para tanto, diz Fédida, “nunca deveríamos esquecer que são os ‘destinos geológicos da terra’ que dão a verdadeira medida do *devenir psíquico da humanidade* e, portanto, de sua civilização” (2002, p.33).

Fédida – num estilo bem freudiano – sustenta em toda sua obra o sonho como paradigma da clínica e técnica psicanalítica. Para ele: o sonho é o paradigma da teoria do trabalho do inconsciente, do sexual, do pensamento, da transferência. Assim, relembra aos analistas que “se Freud tem o cuidado de lembrar de ponta a ponta na sua obra que o sonho é, de certa forma, o paradigma teórico da técnica analítica” é porque “a a-sociabilidade do sonho, seu caráter incompreensível para o próprio sonhador são os correlatos da *mais secreta intimidade da fala*”. Por isso, “o estranho é a língua fundamental da intimidade do sonho e da fala da qual ele é fonte” (1988, p.81).

Pensamos que essa referência ao caráter enigmático do sonho como paradigma da técnica psicanalítica fundamenta seu pensamento de que “o próprio do que chamamos *transferência* está em constituir em si um fenômeno *Unheimlich*, pelo seu desencadeamento e pela potência psicótica (alucinatória) dos processos ativados” (2002, p.91). Nesse sentido, com base nos estudos do mestre de Viena, Fédida enfatiza:

O fenômeno da transferência nunca deixa de espantar, constatava Freud”. E em 1938, no *Compêndio*, ele convida ainda mais uma vez os analistas a não perderem esse espanto: “É bem estranho que o analisado reencarne em seu analista uma personagem do passado”. Não duvidemos que aquele que não consegue mais se espantar com a estranheza da transferência, já esqueceu ou negligenciou, há muito tempo, o sítio do estrangeiro e, com certeza, a virtude da linguagem, interlocutor da transferência. (FÉDIDA: 1996:174)

Entendemos, nos estudos fundamentados em Freud, Ferenczi e Fedida, que a elaboração conceitual dos fenômenos de transferência, regressão e memória são centrais na metapsicologia do aparelho psíquico e na metapsicologia da técnica psicanalítica e, para melhor elucidá-los, Fédida faz um primoroso estudo sobre a teoria filogenética articulada aos estudos ontogenéticos destes autores.

Neste trabalho, desejamos aventar a noção de *pai na psicanálise*, que Fédida problematiza com base na conceituação de memória filogenética em *Totem e tabu* (1913[1912-13]), em *Psicologia de grupo e a análise do ego* (1921), nos ensaios sobre *Moisés e o monoteísmo* (1939[1934-38]), nos quais retoma a conceituação de transferência totêmica articulada ao assassinato do pai. E nos artigos metapsicológicos freudianos, particularmente em *Neuroses de transferência: uma síntese* (1915), Fedida acompanha o pensamento de Freud e Ferenczi sobre o desenvolvimento da alma humana, sustentado na concepção de transferência, regressão e memória. Neste artigo, Freud reconhece uma evolução libidinal distinta da evolução do eu, dizendo: “fica-se com a impressão de que a história do desenvolvimento da libido repete uma parte do desenvolvimento [filogenético] bem mais antiga do que o do eu, o primeiro talvez repetindo as condições dos animais vertebrados, enquanto o último depende da história da espécie humana” (1987, p.73). Disso decorre uma seqüência disposicional psicopatológica, que tem como referência o desenvolvimento ontogenético: histeria de angústia - histeria de conversão - neurose obsessiva - demência precoce - paranóia - melancolia-mania. Nessa seqüência Freud demarca uma passagem da primeira à segunda geração ao nível dos processos psicopatológicos, a partir do mito do assassinato do pai.

Assim esse grande acontecimento da história da humanidade, que pôs fim à horda primitiva e a substituiu pela fraternidade vitoriosa, daria origem às predisposições da peculiar sucessão de estados de ânimo ao lado das parafrenias. O luto pelo pai primitivo emana da identificação com ele, e tal identificação provamos ser o mecanismo da melancolia (1987,p.:80).

Fédida retoma essa ficção filogenética para problematizar a figura do pai na psicanálise. Percebe que na psicanálise há uma visão prisioneira “do imaginário ideológico dos papéis parentais, que familiariza a situação analítica sob pretexto de uma designação das qualidades ideais do pai e da mãe, *escamoteando* a metáfora conceitual *filogenética* da transferência no sentido entendido por Freud” (FÉDIDA, 1996, p.152). Fédida insiste sobre o sentido da amnésia dessa memória reminescente, ou seja, sobre o assassinato que lhe é constitutivo, já que “*é exatamente isso que se nomeia o pai da transferência*” (1996:153). O valor de referência a esse mito do assassinato do pai e a amnésia decorrente estão diretamente articuladas à descoberta ferencziana “de que nenhuma análise pode ser considerada terminada caso não permita, na transferência, o encontro com a *hostilidade* selvagem da qual ela é memória filogenética” (1996,p.101).

Dessa perspectiva é que Manoel Berlinck observa que

a grande pesquisa metodológica de Ferenczi que passa pela técnica ativa, pela análise mútua e termina no tato, na ternura do psicanalista e no princípio do relaxamento, constitui uma incessante busca de recursos capazes de enfrentar a violência contida no trauma constituinte de uma subjetividade, permitindo o deslocamento da libido em direção ao seu fim. Neste sentido, Ferenczi foi um mestre da psicopatologia, ou seja, dos caminhos percorridos pela libido em direção ao seu fim. (BERLINCK, 2000, p. 295-96).

A clínica de casos difíceis permitiu Ferenczi resgatar a importância da atualização do acontecimento traumático e atribuir à dimensão materna da contratransferência o papel de sustentar as noções de elasticidade e tato necessárias a esses casos e a todas as situações críticas. Por outro lado, não se pode negligenciar a importância, na constituição do sítio da linguagem, da instauração na análise da morte mítica do pai e da efetivação da ausência pela simbolização do ausente. O lugar do analista não lhe permite tomar-se como o destinatário de uma demanda de certeza sensível. Pelo contrário, é ao silenciar sua realidade sensível, seu efeito de ilusão, que ele propicia ao paciente descobrir que sua fala tem como interlocutor somente a própria linguagem. A capacidade de nomeação a que Fédida se refere implica esta condição de não se tomar pelo destinatário, não sustentar a ilusão de presença. Assim, esse mito a morte do pai constrói o sítio da situação e da teoria. E essa “descoberta da contra-transferência corresponde a este *sítio do estrangeiro* instaurador *desta essencial dissemetria da situação analítica* que significa a ausência do ausente” (FÉDIDA, 1992, p. 197).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante este percurso, elaboramos a teoria do caso Sarah articulada à contribuição do pensamento de Pierre Fédida, principalmente, com objetivo de precisar a conceituação de contratransferência e enfatizar a relevância deste processo como dispositivo inerente à situação analítica.

Na construção teórica do caso, primeiro ressaltamos a auto-transgressão contratransferencial e seu efeito de pára-excitação ao estado de angústia da paciente e da analista e, com isso, ocorreu a dissimetriação do par ao se descolarem do objeto alucinatório da transferência, as mulheres fálicas e fascinantes. Esse importante momento no processo analítico produziu uma mudança tópica e econômica nos processos psíquicos da paciente e fomentou uma questão à analista referente ao diagnóstico de esquizofrenia de Sarah: seria possível uma alteração psíquica tão repentina no quadro de uma psicose? Durante certo tempo, a analista ficou capturada por esse problema, o que afetava sua escuta equiflutuante, mas à medida que essa resistência que se manifestava por uma preocupação diagnóstica foi se diluindo, também foram se configurando internamente na analista as figuras da fala de Sarah. Nessa configuração, a imagem que se formou foi de uma criança muito insegura, medrosa e amedrontada com a enigmática e aterrorizante figura da ambivalência de sentimentos diante do adulto.

A lembrança de sua mãe ao examinar seus órgãos genitais e a imposição para que ela guardasse segredo dessa vivência afetaram psicologicamente seu auto-erotismo. Sarah era muito inibida, seus movimentos corporais tão contraídos davam a sensação de um peso e, ao final da sessão, a analista sentia-se extremamente cansada. Esse processo transferencial

regressivo, que trouxe a revelação dessa vivência que estava oculta na amnésia infantil, teve por efeito o desabrochar do seu auto-erotismo. Sarah começou a expressar satisfação com cuidados pessoais e parecia viver momentos de descobertas do seu corpo, de sua sexualidade e feminilidade. Renovou o guarda-roupa especialmente com peças íntimas e, impressionava-se com essa nova experiência tão agradável. Ela carregava consigo o fantasma de ser “puta”. Em certo momento da análise, Sarah, em estado de crise, tem a visão de que suas irmãs e sua mãe estavam rezando ao redor de um santo e ela, afastada, sentindo-se uma prostituta que devia ser queimada na fogueira. Essa imagem traduzia sua intensa culpa em face de uma punição superegóica severa; e, logo após esses momentos de intensos conflitos, Sarah vivenciava uma profunda melancolia: tristeza, inibição, desânimo, um desejo de se recolher na caverna. Experiência difícil também para a analista que, contratransferencialmente, se mantinha em silenciosa quietude, analisando essa dinâmica psíquica com Sarah, que, aos poucos, suavizava sua culpa e retomava o ânimo na vida.

Um momento significativo no processo de análise da paciente refere-se às lembranças dos surtos psicóticos do seu pai. Quanto sofria ao vê-lo nesse estado de grande perturbação, e ela sem poder fazer nada, o que feria profundamente sua fantasia de onipotência. Ocorreu à analista que essa identificação paterna tinha a ver com seu medo da loucura. A ambivalência de sentimentos de amor e de ódio referente a esse objeto de interesse passional impossibilitava Sarah de elaborar o luto pela perda de seu pai. Ela mantinha vivo o morto. Nesses momentos, a analista sentia-se aprisionada em face de tal vivacidade psíquica do morto. Esse aprisionamento era inquietante, pois não havia espaço para intervir psiquicamente nesse processo transferencial

alucinatório. Na contratransferência, a analista ficou muito satisfeita com o fato de Sarah ter sido impedida de receber a pensão que seu pai lhe deixou. Esse acontecimento produziu avanço na análise e possibilitou Sarah escrever seu livro. Interessante esse movimento da libido em direção à linguagem, à escrita, pelos efeitos da incidência de uma lei que enunciada na realidade do cotidiano de Sarah, produziu um novo modo de subjetivação: Sarah torna-se uma autora. Esse momento final da análise de Sarah foi gratificante também, para a analista que, contratransferencialmente, seguiu em direção à realização desta tese.

De fato, a clínica de Sarah nos fez retomar antigas e sempre atuais questões fundamentais próprias da clínica psicanalítica como 'as transferências' e o lugar do analista, isto é, o problema da especificidade da técnica psicanalítica. Para tanto, realizamos um trajeto histórico-conceitual que teve início com Freud na elaboração de sua tese máxima da interpretação dos sonhos, como a verdadeira estrada de acesso aos conteúdos inconscientes, onde se encontra o essencial da vida psíquica - a pulsionalidade auto-erótica - e seus desdobramentos psicopatológicos, para, em seguida, nos concentrarmos na definição da técnica psicanalítica elaborada por Freud. Nessa contextualização histórica, acrescentamos as contribuições de Ferenczi ao projeto psicanálise e a problematização da técnica, particularmente, em face de casos graves, considerados estranhos ao seu campo e, com isso, a reflexão metapsicológica da técnica que envolve os processos psíquicos do analista no tratamento.

Essa perspectiva que Ferenczi introduziu no novo saber, o psicanalítico, fomentou um pensar mais crítico quanto à contratransferência, que passou a ser empregada como recurso técnico, especialmente por

psicanalistas da escola inglesa a partir da década de 1950. Michel e Alice Balint sustentaram a tese de que a situação analítica resultava de um interjogo entre a transferência do paciente e a contratransferência do analista, mas mantêm a concepção freudiana de que, na situação de análise, o analista devia ser neutro. Winnicott argumentou que em certos casos de psicose a contratransferência tornava-se o elemento central da análise, e, às vezes, considerava importante ao processo de análise o analista comunicar ao paciente esses efeitos contratransferenciais, como o sentimento de ódio despertado pelo paciente. Entendeu que essa comunicação dava possibilidade a este lidar com seu próprio ódio. Posição idêntica foi assumida por Harold Searls no seu trabalho psicoterapêutico com pacientes esquizofrênicos e borderline, o qual considerava que nenhuma análise pessoal podia poupar o analista de seu envolvimento com esses pacientes e que, em certos casos, era a própria contratransferência que fornecia os elementos essenciais do processo de análise. Paula Heimann, na sua tese sobre a contratransferência como instrumento técnico de trabalho, centrou-se principalmente na relação pessoal analista-paciente, na totalidade de sentimentos que o analista vivenciava como resposta ao que o paciente estava vivenciando; por isso, para esta autora, esta era a ferramenta que guiava a análise.

Na leitura de Fédida, a produção desses autores que enfatizaram o processo contratransferencial como recurso técnico analítico tinha por referência a relação mãe-bebê correlativo à relação analista-paciente, pois entendiam que o primeiro amor objetal e o primeiro ódio objetal constituíam o modelo de toda transferência. E, era por meio da transferência que o analista intervinha no psiquismo do paciente. Com base nesse referencial teórico-clínico, a analista, no caso Sarah, contratransferencialmente se colocou como

receptora ao estado de sofrimento da paciente, que na transferência trazia a imagem de uma mãe muito poderosa e invasora, diante da qual se sentia submissa, indefesa em face desse amor tão avassalador, ao mesmo tempo em que nutria um forte sentimento de ódio por ela. Essa confusão no mundo interno, gerada por essa ambivalência, a deixava impotente diante do outro.

Nesse sentido, entendemos que a contratransferência de sua ex-terapeuta em não reconhecer os limites impostos à psicoterapia de Sarah, pela distância geográfica entre terapeuta e paciente e, principalmente, pela gravidade do caso, que tornava inviável um atendimento via telefone, pois lhe causava séria perturbação psíquica, revelava um excesso narcísico. Experiência difícil que mobilizava, contratransferencialmente, uma inquietação na analista. Ao mesmo tempo em que sabia da importância de conter essa inquietação, para melhor compreender a dinâmica dos processos psíquicos de Sarah na relação objetal. Essa posição foi se discernindo internamente na analista, aos poucos, no desenrolar da transferência da paciente, o que possibilitou a Sarah pensar sua confusão interna primária que a sujeitava ao outro. Confusão também fortalecida pela insensatez de uma figura paterna.

A perspectiva dessa contratransferência da ex-terapeuta de Sarah nos fez refletir, de modo mais profundo, sobre a problemática do lugar do analista. Nesse estudo, entendemos que esse lugar possa ser mantido mesmo que haja uma distância geográfica entre analista e paciente, pois o estabelecimento do enquadre no tratamento psicanalítico torna-se a referência de toda comunicação entre analista e paciente, mesmo que seja via correspondência, telefone ou e-mail. Assim, a questão maior que sublinhamos nessa contra-

transferência da ex-terapeuta não estava referida a distância espacial, mas sim

a uma reincidência da situação traumática que subjugava a paciente ao outro. Como observou Fédida, o paciente coloca o analista no lugar do ideal, e isto faz parte do tratamento, todavia cabe ao analista no decorrer do processo analítico, deslocar-se desse lugar.

Ferenczi foi o primeiro a levantar a questão do lugar do analista, propondo uma investigação metapsicológica dos processos psíquicos deste ao psicanalisar. Daí, adveio a segunda regra fundamental da psicanálise: que o analista devia submeter-se a sua própria análise, devido às exigências que o tratamento psicanalítico lhe impunha para manter uma mobilidade psíquica que lhe permitisse uma escuta flutuante à associação livre do paciente.

Fédida acrescentou ao estudo dessa questão uma concepção muito interessante quanto à posição de disjunção do analista, como próprio da contratransferência, que dava possibilidade de instauração da situação analítica, com a transferência da memória regressiva do objeto alucinatório, permitindo ao analista que interviesse por meio dessa transferência objetal. Para tanto, era importante ao analista poder apreciar seus próprios processos psíquicos afetados por esse objeto transferencial de seu paciente. Uma atenção equiflutuante que envolvia certo distanciamento necessário à análise dos processos inter-subjetivos. Nessa dinâmica, a situação analítica podia ser instaurada, desinstaurada ou reinstaurada.

Esse refinado pensamento clínico e teórico de Fédida originou-se de sua análise das diferentes modalidades de transferência na clínica psicanalítica: a transferência do paciente para o analista; a transferência do

analista para o paciente, originada da contratransferência, e a posição de disjunção do analista de poder apreciar os processos intersubjetivos numa análise. Essa posição de disjunção era o que ele denominava propriamente de contratransferência. A ressonância enriquecedora de seus estudos contribuiu, consideravelmente, na construção do caso Sarah.

Dessa perspectiva, na escrita dessa construção teórica e clínica pensamos ter defendido a tese de que a contratransferência equivale a *um dispositivo inerente à situação analítica e adequado ao enquadre no tratamento*. Esperamos ter esclarecido, ainda que apenas até ao limite de um “umbigo” da transferência, os determinantes fundamentais da auto-transgressão da contratransferência no tratamento de Sarah.

REFERÊNCIAS

ACHATZ, Michel Haral. *Harold F. Searles*. In: FIGUEIRA, Sérvulo Augusto (org). *Contratransferência: de Freud aos contemporâneos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

A CONTRATRANSFERÊNCIA, à luz do desejo do analista. *Escola Letra Freudiana*, Rio de Janeiro, Ano 21, n. 29, 2002.

BALINT, MICHEL; BALINT ALICE. Sobre transferência e contratransferência. (1939) Trad. Costa. *Escola Letra Freudiana*, Rio de Janeiro, Ano 21, n. 29, 2002.

BERLINCK, Manoel Tosta. *Reflexões sobre a regra fundamental*. In *Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Editora Escuta, 2000.

BERLINCK, Manoel Tosta. *Dor*. In *Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Editora Escuta, 2000.

BERLINCK, Manoel Tosta. Pierre Fédida – Obituário. *Lê Monde*. Disponível em: <http://www.gradiva.com.br/obit.htm>>. Acesso em: 04 dez. 2002.

DELOUYA, Daniel. *A dor entre o corpo, seu anseio e a concepção de seu objeto*. In: BERLINCK, Manoel (org.). *Dor*. São Paulo: Escuta, 1999.

FÉDIDA, Pierre. *Do sonho à linguagem* (1985). In Nome, figura e linguagem. A linguagem na situação analítica. Trad. Martha Gambini. São Paulo: Escuta, 1991.

FÉDIDA, Pierre. *A ressonância atonal. Sobre a condição de linguagem do analista*. In Nome, figura e linguagem. A linguagem na situação analítica. Trad. Martha Gambini. São Paulo: Escuta, 1991.

FÉDIDA, Pierre. *A doença sexual: a intolerável invasão*. In Nome, figura e linguagem. A linguagem na situação analítica. Trad. Martha Gambini. São Paulo: Escuta, 1991.

FÉDIDA, Pierre. *Amor e morte na transferência*. In Clínica psicanalítica: estudos. Trad. Cláudia Berliner. São Paulo: Escuta, 1988

FÉDIDA, Pierre. *A angústia na contratransferência ou o sinistro (a inquietante estranheza da transferência)*. In Clínica psicanalítica: estudos. Trad. Cláudia Berliner. São Paulo: Escuta, 1988

FÉDIDA, Pierre (Org.) *Modalidades da comunicação na transferência e momentos críticos da contratransferência*. In Comunicação e representação: novas semiologias em psicopatologia. Trad. Cláudia Berliner São Paulo: Escuta, 1989.

FÉDIDA, Pierre. *Um afeto glacial e suas curas críticas*. In Dos benefícios da depressão: elogio da psicoterapia. Trad. Martha Gambini. São Paulo: Escuta, 2002.

FÉDIDA, Pierre. *A psicoterapia na psicanálise hoje*. In *Dos benefícios da depressão: elogio da psicoterapia*. Trad. Martha Gambini. São Paulo: Escuta, 2002.

FÉDIDA, Pierre. *Depressividade do fantasma*. In *Dos benefícios da depressão: elogio da psicoterapia*. Trad. Martha Gambini. São Paulo: Escuta, 2002.

FÉDIDA, Pierre. *O interlocutor*. In *O sítio do estrangeiro. A situação psicanalítica*. Trad. Eliana Borges Pereira Leite, Martha Gambini, Mônica Seincman. São Paulo: Escuta, 1996.

FÉDIDA, Pierre. *A grade*. In *O sítio do estrangeiro. A situação psicanalítica*. Trad. Eliana Borges Pereira Leite, Martha Gambini, Mônica Seincman. São Paulo: Escuta, 1996.

FÉDIDA, Pierre. *Topiques de la théorie*. In: *L' Absence*. Éditions Gallimard, 1978.

FÉDIDA, Pierre. *Sur la mère/enfant dans le contre-transfert*. In: *Crise et Contre-transfert*. Presses Universitaires de France, 1992.

FÉDIDA, Pierre. *Le contre-transfert en question*. In: *Crise et Contre-transfert*. Presses Universitaires de France, 1992.

FERENCZI, Sándor (1909). *Transferência e introjeção*. In: *Obras completas/ Psicanálise IV*. São Paulo: M. Fontes, 1992.

- FERENCZI, Sándor (1909). O conceito de introjeção. In: *Obras completas/ Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
- FERENCZI, Sándor (1919). Dificuldades técnicas de uma análise de histeria. In: *Obras completas/ Psicanálise III*. São Paulo: M. Fontes, 1992.
- FERENCZI, Sándor (1919). A técnica psicanalítica. In *Obras completas/ Psicanálise II*. São Paulo: M. Fontes, 1992.
- FERENCZI, Sándor (1924). Perspectivas em psicanálise. In: *Obras completas/ Psicanálise III*. São Paulo: M. Fontes, 1992.
- FERENCZI, Sándor. (1926) Contra-indicações da técnica ativa. In: *Obras completas/ Psicanálise III*. São Paulo: M. Fontes, 1992.
- FERENCZI, Sándor (1927/1928). Elasticidade da técnica psicanálise. In: *Obras completas/ Psicanálise IV*. São Paulo: M. Fontes, 1992.
- FERENCZI, Sándor (1930). Princípio de relaxamento e neocatarse. In: *Obras completas/ Psicanálise IV*. São Paulo: M. Fontes, 1992.
- FERENCZI, Sándor (1933). Confusão de língua entre os adultos e a criança. In: *Obras completas/ Psicanálise IV*. São Paulo: M. Fontes, 1992.
- FERNANDES, Maria Helena. A “feiticeira metapsicologia”. *Percurso: Revista de Psicanálise*. Ano 16., Nº 31/32, 2º Sem. 2003/ 1º Sem. 2004, p. 99-110

FERNANDES, Maria Helena. *Corpo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003

FIGUEIREDO, Luís Cláudio. *Psicanálise: elementos para a clínica contemporânea*. São Paulo: Escuta, 2003.

FIGUEIREDO, Luís Cláudio. Transferências, contratransferências e outras coisinhas mais ou Esquizoidia e narcisismo na clínica psicanalítica contemporânea ou A chamada pulsão de morte. *Pulsional: Revista de Psicanálise*. Ano 16, n.168, p.58-81, abr. 2003.

FREIRE, Joyce Marli Gonçalves. Do delirante ao ficcional: um estudo sobre a situação psicanalítica em um caso de paranóia. *Revista Latinoamericana de psicopatologia fundamental*. vol. IX. n. 2. Junho de 2006

FREUD, Sigmund. *Extratos dos documentos dirigidos a Fliess (1950[189-1899])* ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

FREUD, Sigmund. *A interpretação de Sonhos*. (1900) ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

FREUD, Sigmund. *Fragmentos da análise de um caso de histeria*,(1905) ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1980

FREUD, Sigmund. *Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade* (1905) ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

FREUD, Sigmund. *As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica* (1910) ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

FREUD, Sigmund. *Observações sobre o amor transferencial*. (1915 [1914]) ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

FREUD, Sigmund. *O inconsciente*. (1915) ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

FREUD, Sigmund. *Esboço da psicanálise* (1940[1938]) ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

FREUD, Sigmund. *A história do movimento psicanalítico* (1914) ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

FREUD, Sigmund. *Recordar, repetir e elaborar*. ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

FREUD, Sigmund. *Análise terminável e interminável* (1937) ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

FREUD, Sigmund . *Sándor Ferenczi* (1933) ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

FREUD, Sigmund. *A dissecação da personalidade psíquica*. (1933) ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

FREUD, Sigmund. *Inibições, sintomas e angústia*. (1926[1925]) ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

FREUD, Sigmund. *Projeto para uma psicologia científica*. (1950[1895]) ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

FREUD, Sigmund. *Linhas de progresso na terapia psicanalítica*. (1919[1918]) ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

FREUD, Sigmund. *O ego e o id*. (1923) ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

FREUD, Sigmund. *Neuroses de transferência: uma síntese*. Organização Ilse Gubrich-Smitis. Rio de Janeiro: Imago, 1987.

GAY, P. *Freud. Uma vida para o nosso tempo*. São Paulo: Companhia das letras, 1994.

HEIMAN, Paula. Sobre contratransferência (1949) Trad. Costa. *Escola Letra Freudiana*, Rio de Janeiro, Ano 21, n. 29, 2002.

HANNS, Luiz. *Dicionário Comentado do Alemão de Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

KUPERMANN, Daniel. *Ousar rir: humor, criação e psicanálise*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

LAPLANCHE, Jean e Pontalis. *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo: MartinsFontes, 1991.

LEITE, Eliana Borges Pereira. *A figura na clínica psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

LEITE, Eliana Borges Pereira. *A escuta e o corpo do analista*. (Doutorado em Psicologia Clínica) - PUC/SP, 2005.

MCDOULGALL, Joyce. *As múltiplas faces de Eros: uma exploração psicanalítica da sexualidade humana*. Trad. Pedro Herinque Bernardes Rondon. São Paulo: M. Fontes, 1997.

MCGUIRE, William. *Freud/Jung: correspondência completa*. Trad. Leonardo de Fróes e Eudoro Augusto Macieira de Souza. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

MECOZZI, Beatriz. *O perigo de curar-se*. São Paulo: Via Lettera: Fapesp, 2003.

MEZAN, Renato. Do auto-erotismo ao objeto: a simbolização segundo Ferenczi. *Percurso: Revista de Psicanálise*. Ano 6, n.10, 1º Semestre de 1993.

OLIVEIRA, Blenda S. Marcelletti de. *Paula Heimann*. In: FIGUEIRA, Sérvulo Augusto (org). *Contratransferência: de Freud aos contemporâneos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

PINHEIRO, Teresa. *Ferenczi: Do grito à palavra*. Rio de Janeiro: Zahar :Ed. UFRJ, 1995.

PEREIRA, Mário Eduardo. *Pânico e Desamparo*, São Paulo: Escuta, 1999.

ROUDINESCO, Elisabeth. Pierre Fédida – Obituário. Lê Monde . Disponível em: <http://www.gradiva.com.br/obit.htm>>. Acesso em: 04 dez. 2002.

WINNICOTT, D.W. (1947). O ódio na contratransferência. In: *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

VIANA, SUZANA ALVES. *CONTRATRANSFERÊNCIA: a questão fundamental do psicanalista*. São Paulo: Editora Escuta, 1993.