



SOB O FIO DO PARADOXO: A CONTRATRANSFERÊNCIA COMO RESISTÊNCIA E INSTRUMENTO CLÍNICO

Nadja Nara Barbosa Pinheiro

Mestre e Doutora em Psicologia, com pós-doutorado em Psicanálise e Psicopatologia (Paris 7). Professora Associada do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Coordenadora do Laboratório de Psicanálise/UFPR. Membro do Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa e Intervenção Social (LIPIS/PUC-RJ). Membro do Grupo de Pesquisa (ANPEPP) Psicanálise e clínica ampliada. E-mail: nadjanbp@ufpr.br.

Resumo: O trabalho como supervisora de estágio clínico em uma graduação de psicologia demonstra ser bastante frequente os alunos relatarem afetos e sensações que neles emergem a partir da condução dos atendimentos clínicos. Inserindo esses afetos e sensações no campo da contratransferência, o artigo apresenta as considerações de Freud e de Winnicott sobre o tema para propor o entendimento de contratransferência, simultaneamente, como resistência do analista e instrumento clínico que auxilia o desvelamento da trama psíquica inconsciente e fantasmática do paciente. Objetivando sustentar essa tese e ilustrar o modo como vimos trabalhando na clínica do estágio, o artigo perfaz uma análise dos afetos contratransferenciais relatados por Freud no desenrolar do caso clínico de uma de suas pacientes mais famosas: Dora.

Palavras-chave: Contratransferência. Resistência. Instrumento clínico. Freud. Winnicott.

UNDER THE THREAD OF THE PARADOX: COUNTERTRANSFERENCE AS RESISTANCE AND CLINICAL INSTRUMENT

Abstract: It is quite frequent that students under clinical supervising report that some feelings and sensations emerge while they are conducting clinical work with their patients. Understanding this feelings and sensations as countertransference, the paper present some Freud and Winnicott's consideration on the theme to propose the understanding of countertransference as analyst's resistance and clinical instrument what helps the analyst to understand the patient's psychic unconscious and phantasmatic world. In order to sustain this thesis and to illustrate how we work in the clinic at the university, the paper analysis some countertransferencial affects reported by Freud in the conduction of one of his most famous clinical case: Dora.

Keywords: Countertransference. Resistance. Clinical instrument. Freud. Winnicott.

Introdução

As reflexões apresentadas no presente artigo são provenientes, sobretudo, do trabalho de supervisão clínica que desenvolvo no curso de graduação em Psicologia de uma Universidade Pública Federal. Constando como um entre os requisitos obrigatórios para a obtenção do grau de psicólogo, o estágio em Saúde pode ser efetuado na clínica-escola da nossa universidade. Neste, várias modalidades de serviços são ofertadas à comunidade, entre as quais atendimentos clínicos individuais que são conduzidos por um aluno, de quinto ano, matriculado nas disciplinas de Estágio Obrigatório Supervisionado em Saúde I e II. As supervisões a esses atendimentos são efetuadas uma vez por semana, ao longo de duas horas, em grupo de quatro alunos e um professor supervisor. Apesar das inúmeras questões que o estágio clínico universitário suscita para a psicanálise, no presente artigo, me dedicarei a apresentar as conclusões parciais de minhas indagações a respeito de um tema específico. Frequentemente, durante as reuniões de supervisão, os alunos relatam que afetos incompreensíveis (medo, angústia, raiva, pena, tédio e amorosidade, por exemplo) ou sensações físicas (sono, tontura, enjoo, esquecimento e cansaço, por exemplo) são vivenciados ao longo das sessões desenvolvidas com seus pacientes. Esses afetos e sensações, geralmente, são de difícil compreensão e de manejo clínico posto que não há justificativas claras para sua emergência e nem para as possíveis relações com o conteúdo dos temas que estão sendo tratados nas sessões. Além disso, a observação de que cada paciente suscita, no aluno, um tipo de afeto ou de sensação física específicos, nos conduziu à indagação sobre a possibilidade desses afetos e sensações emergentes dizerem respeito, não exclusivamente aos alunos que conduzem o tratamento, mas, simultaneamente, ao paciente que está sendo atendido.

Na tentativa de melhor cernir essa questão, o primeiro passo empreendido foi o de entendê-los como representativos daquilo que Freud (1910/1986a) designou pelo termo ‘contratransferência’, na medida em que para o autor, contratransferência diria respeito àquilo que emerge no analista “quando o paciente influencia seus sentimentos inconscientes” (p. 293). Nesse sentido, como o próprio nome já indica, a primeira relação que podemos fazer ao tratar da *contra-transferência* é a de incluí-la no eixo transferencial. Melhor dizendo, no eixo da *neurose de transferência*, uma vez que Freud especifica o campo de adoecimento a que estava se referindo ao tratar do tema. Momento de sua obra em que o autor promovia uma distinção entre neuroses de transferência (histeria e neurose obsessiva) e neuroses narcísicas (psicoses), indagando-se inclusive se seria pertinente a condução de atendimentos clínicos

para esse segundo tipo de adoecimento, justamente, por que, neles, a relação transferencial nem mesmo se constituiria (FREUD, 1914/1986b; FREUD, 1917/1986c).

No entanto, os autores que sucederam a Freud e que se dedicaram ao trabalho com as psicoses, puderam esclarecer o modo específico com o qual a transferência se instaura nesses adoecimentos e indicar a pertinência do trabalho clínico para essas afecções. Entre esses autores, destaco as importantes contribuições efetuadas por Winnicott a respeito do assunto. Nestas, partindo do princípio que os objetivos e a condução do tratamento analítico diferem nos casos de neurose dos de psicose, Winnicott (1960/1982), propôs uma diferenciação na compreensão e no manejo da transferência e da contratransferência dependendo do diagnóstico efetuado. Nessa diferenciação, Winnicott segue bem de perto as proposições freudianas sobre a contratransferência nas neuroses, isto é, o autor as compreende como resistência inconsciente do analista ao progresso do tratamento. E, de uma forma bastante interessante, introduz uma novidade para seu entendimento nas psicoses: instrumento clínico valioso e indispensável para o progresso do tratamento.

No centro dessa problematização, o trabalho que vimos desenvolvendo na clínica da universidade, quase que exclusivamente, com pacientes neuróticos, tem nos indicado a pertinência de mantermos os dois sentidos destacados por Winnicott (1960/1982) na compreensão da contratransferência de forma a fazer incidir a noção do autor sobre a contratransferência nas psicoses para o campo do trabalho com as neuroses. Isto significa entendê-la como resistência do analista e, simultaneamente, como um instrumento útil na elucidação das questões inconscientes dos pacientes neuróticos. Para tal, o presente artigo, se dedicará a demonstrar as bases teóricas que sustentam essa tese. Assim, iniciarei pela apresentação das considerações freudianas sobre transferência e contratransferência. Em seguida passarei às considerações de Winnicott sobre os mesmos temas. Ao final, apresentarei minha própria percepção sobre o assunto, me utilizando de um caso clínico freudiano para demonstrar que os afetos contratransferenciais destacados pelo autor, quando analisados sob esse novo ângulo, revelam não apenas sua resistência ao progresso do tratamento, mas, igualmente, conteúdos da trama psíquica inconsciente e fantasmática de sua paciente, revelando-se, assim, como um valioso instrumento clínico.

Freud: a contratransferência como resistência do analista

Uma vez que as considerações de Freud a respeito da transferência e da contratransferência se referem ao trabalho relativo com as neuroses, creio que seja necessário especificarmos como o autor postula a constituição desse adoecimento, para melhor entendermos o que é transferido, para o analista, ao longo do trabalho analítico. Segundo Freud (1915-17/1986d), a neurose se destaca por ser um tipo de adoecimento cujo núcleo se situa no complexo edípico. O autor entende esse complexo como encruzilhada amorosa na qual a criança se depara com a difícil tarefa de entender e se posicionar frente às regras que organizam as relações amorosas humanas. Uma tarefa tão difícil que, segundo Freud (1915/1986e), ao se apresentar como um conflito entre correntes afetivas antagônicas, será solucionada por meio de um mecanismo psíquico específico: o recalçamento. Em termos gerais, isso significa, por um lado, esquecer o conflito naquele momento, e, por outro, adiá-lo para um momento posterior. Movimento este que designa para Freud o fato de que recalçar não seja eliminar, mas situar no inconsciente, um conflito antagônico que será revivido na vida adulta, no momento em que o sujeito é convocado a assumir uma posição frente as relações amorosas e responde a esse apelo pela via da paralisação, da culpa, da dúvida, do medo e da angústia. Se esse drama foi vivido pelo paciente em sua infância e foi recalçado, isto é, tornado inconsciente, o paciente dele nada se lembra e dele só sabe por meio de seus efeitos paralisadores e dolorosos, seus sintomas.

O interessante, observa Freud (1914/1986f), é que ao iniciar o trabalho clínico, o analista, mesmo que não tenha participado efetivamente dessa história pregressa de seu paciente, será tomado por este como um representante simbólico desses personagens infantis e agirá com o analista como agira, anteriormente, com seus pais: assustado, revoltado, amoroso, temeroso, enciumado, desconfiado, conflitado etc. Inicialmente, a percepção dessa ‘falsificação’ operada pelo paciente para o analista, deixa Freud (1895/1986g) um tanto perplexo e sem saber muito bem o que fazer, em termos clínicos, com a situação, pois, essa transferência de afetos (dos pais infantis para o analista atual) se apresenta como uma grande resistência ao projeto clínico imposto pelo analista: recordar as forças atuantes no conflito edípico e encontrar nova solução para ele que não seja pela via da paralisação neurótica. Agir, nessa concepção, é não recordar.

No entanto, poucos anos depois, vemos Freud (1914/1986e) perceber que, simultaneamente, esse agir é o próprio modo de recordar o conflito em ação, em vida, em movimento, no espaço clínico. Dessa percepção Freud deduz que a transferência reproduz, no

tratamento, a própria neurose e, portanto, oferece ao analista, modos de encontrar, com seu paciente, soluções mais adequadas ao conflito infantil que ainda reverbera na vida atual. A transferência ganha assim o seu estatuto paradoxal de resistência e de veículo de cura. Pois se por um lado ela impede a recordação do passado recalçado, por outro ela revive, na análise, esse passado em ação. Cabe ao analista, portanto, perceber os movimentos transferenciais de seu paciente e decifrá-los em relação ao conflito edípico infantil. Percebe-se aqui que a transferência se situa na ordem de um engano: é aos pais, de sua infância, que o paciente visa atingir. Mas, por engano, na clínica, atinge o analista, que, por sua escuta, se disponibilizou a ocupar esse lugar transferencial. No entanto, creio que seja, justamente, esse X de engano que permite ao analista sustentar esse lugar, pois se por um lado é ele que recebe toda a carga afetiva intensa e explosiva (já que relativa aos desejos inconscientes), por outro ele está representando simbolicamente os personagens infantis importantes de seu paciente. Saber desse engano permite a sustentação, pelo analista, desse lugar desconfortável (FREUD, 1915/1986h). Mas, estar consciente disso, entretanto, não o protege de se afetar pelo impacto da transferência, ambivalente e intensa, de seus pacientes. Sendo, exatamente, os efeitos desse impacto que Freud (1910/1986a) denomina de contratransferência: afetos e sensações que emergem no analista como efeito da transferência de seus pacientes. É isso que Freud percebe em sua clínica e que o indica que o analista, enredado pelos movimentos transferenciais de seus pacientes, responde, inconsciente, com suas próprias defesas às questões que lhe são endereçadas pelo paciente ao ocupar os lugares dos personagens amorosamente investidos de sua infância.

Claro que Freud (1910/1986a) percebe igualmente que responder defensivamente e inconscientemente a esses efeitos contratransferenciais se apresenta como resistência do analista ao progresso do trabalho analítico. Nesse sentido sua indicação de manejo clínico da contratransferência é precisa: resistência do analista que necessita ser tratada em sua análise pessoal para alargar seus horizontes de escuta, portanto, de trabalho. Em suas palavras: “nenhum psicanalista avança além do que os seus próprios complexos e resistências internas lhe permitem” (1910/1986a, p. 150).

Winnicott: contratransferência como resistência do analista e instrumento clínico

Em 1960, Winnicott (1960/1982a), em um momento já tardio de sua obra, avança na proposição de um entendimento sobre a transferência e a contratransferência, que por um lado

segue a tradição freudiana, mas que por outro abre possibilidades de inserção de uma novidade: entender a contratransferência, também, como importante instrumento clínico. Nesse artigo, pautado em sua experiência clínica com a neurose, cujo objetivo central seria o de desvelar os conteúdos inconscientes do conflito edípico, o autor afirma que a transferência seja concernente ao modo por meio do qual fenômenos altamente subjetivos emergem, repetidamente, no processo clínico. Nesse sentido, uma análise consiste, em grande medida, em criar condições de possibilidades para que esses fenômenos ocorram e que, a partir deles, o analista possa interpretar as motivações inconscientes destes e comunicá-las ao paciente, no momento apropriado. Nesse processo, a interpretação do analista relaciona o fenômeno transferencial atual à uma parcela da vida psíquica passada, infantil e inconsciente do paciente. A elucidação dessa relação, proporcionada pela interpretação do fenômeno transferencial, produz, como consequência, a desvitalização do afeto transferencial até que novo laço transferencial emerja. A partir disso, para o paciente, o inconsciente começa a ter um equivalente na consciência e a se tornar um processo vivo que envolve pessoas e a ser aceitável para o paciente.

Winnicott (1960/1982a) postula que para suportar o uso clínico da transferência, o analista deve manter uma atitude específica, por ele denominada de profissional. Se, pelo lado do paciente, o trabalho analítico depende da instauração da transferência, sustentada pela idealização do analista que encaminha ao amor transferencial, cabe ao analista responder a isso profissionalmente. Um trabalho que se estabelece no campo da tensão e que exige do analista que ele conheça, cada vez mais profundamente, as suas próprias dificuldades posto que elas fragilizam sua capacidade em manter a atitude profissional. Nesse sentido, Winnicott, seguindo as indicações freudianas, sugere que a análise pessoal do analista seja o instrumento que o capacita a suportar a tensão que a transferência impõe, na clínica, e a manter a atitude profissional requerida para tal. Pois se a atitude profissional se sustentar sobre defesas ou inibições inconscientes, ou seja, sobre as fragilidades psíquicas do analista, sua capacidade em suportar a tensão transferencial se torna crítica e frágil. O importante a ser destacado, me parece, é que o autor frisa que essa capacidade se estabelece sob a égide da tensão, pois o analista deve se manter vulnerável, isto é, aberto aos movimentos da transferência de seu paciente, porém, sem perder sua atitude profissional. O autor salienta que com isso, o analista, por um lado, deve permitir que sensações e afetos inconscientes emerjam na relação clínica, e por outro, não responder a eles de forma inconsciente e bruta. O que para Winnicott

(1960/1982a) significa que seja necessário filtrá-los, depurá-los, processá-los criticamente e conscientemente para torná-los material de análise. Caso esses afetos e sensações sejam usados em sua forma bruta e direta eles se tornam pura resistência do analista na medida em que impossibilitam a diferenciação entre o que é relativo às defesas do próprio analista e aquilo que se refere ao paciente. Nesse sentido o autor propõe entender a contratransferência como sendo “os traços neuróticos que minam a atitude profissional e perturbam o curso do processo analítico imposto pelo paciente”. (WINNICOTT, 1960/1982a, p. 148). Ainda seguindo a perspectiva freudiana, a análise pessoal do analista se torna indispensável para o progresso do tratamento.

No entanto, o trabalho com as psicoses, permite ao autor propor um outro entendimento para a contratransferência, principalmente porque, nesses casos, a função do analista passa a ser distinta daquela exercida em casos de neurose. Situando que o problema concernente à psicose diga respeito à um momento de constituição psíquica mais primitivo que o Édipo, Winnicott (1960/1982a) sugere que a questão principal desses pacientes diga respeito à uma problemática relativa ao estágio de desenvolvimento emocional, por ele denominado de estágio da dependência absoluta no qual os processos de singularização e de diferenciação Eu-Não/eu encontram-se em processo de consolidação. Em sua opinião, por seu caráter primitivo, para que essa problemática possa ser tratada analiticamente torna-se necessário que o paciente regrida, em transferência, ao estágio da dependência absoluta para que, no tratamento analítico, possa efetivar a passagem para o estágio de desenvolvimento emocional da dependência relativa, no qual a singularização e a diferenciação Eu-não/eu se consolidam (WINNICOTT, 1963/1982b; 1990).

Para Winnicott (1960/1982a), nesse processo a tensão implícita na transferência alcança seu ponto máximo, pois exige que o analista exerça a função materna para a parte do paciente que precisa efetivar e consolidar os processos de diferenciação e singularização. Isso significa que o analista tem que se manter orientado para a realidade externa, enquanto, na verdade, está sendo impelido, via transferência, à identificação, ou até mesmo, à fusão com seu paciente. Nesse ponto, o autor deixa claro que, diferentemente dos pacientes neuróticos, os pacientes psicóticos, gradualmente, rompem as barreiras da técnica e da atitude profissional e forçam um relacionamento direto, de um tipo primitivo, até o limite da fusão com seu analista. Nesse processo, o autor destaca que para o trabalho analítico com esse tipo de paciente, seja necessário que o analista se permita entrar em contato com os afetos

emergentes em si mesmo, a partir da transferência do paciente, pois esses afetos serão indicativos da vida psíquica primitiva de seu paciente e guiarão o analista na condução do processo clínico. A contratransferência, nesse sentido, se apresenta como o veículo por meio do qual, o analista pode entrar em contato com as fantasias inconscientes que sustentam os processos emocionais primitivos dos pacientes. E, simultaneamente, um veículo por meio do qual o analista pode acessar as reais necessidades de seu paciente para sua recuperação. Para o autor, há aqui um grande desafio clínico a ser enfrentado. Pois, uma vez os processos primitivos de singularização e de diferenciação eu-não/eu sejam perpassados pela potência agressiva/destrutiva em grande escala, a ameaça de desintegração e de fragmentação apresenta-se como constante. Por seu turno, essa ameaça se presentifica, na contratransferência, por meio dos afetos que lhe são correspondentes: medo e ódio intensos. Ambos justificados por seu caráter primitivo, fantasmático e inconsciente. Nesse sentido, a contratransferência muito ao contrário de indicar resistência do analista, se revela como instrumento clínico indispensável ao acesso de conteúdos psíquicos singulares da história mais primeva do paciente e daquilo que ele necessita para sua recuperação terapêutica.

A esse respeito, em um artigo precedente¹, Winnicott (1949/2000) oferece um exemplo bastante sensível que nos auxilia a entender sua proposta. Nele, o autor relata e analisa, em duas etapas, o conteúdo de um sonho o qual ele relaciona com a irritação intensa que havia sentido ao longo do trabalho com uma de suas pacientes psicóticas. Na primeira etapa, Winnicott descreve que estava em um teatro e, ao olhar para as pessoas que estavam situadas na plateia bem abaixo de si, foi invadido por um sentimento de ansiedade em decorrência da sensação de que poderia perder alguma parte de seu corpo. O autor relaciona essa sensação com a ansiedade de castração comum à neurose a qual já estava acostumado a tolerar.

Ao analisar a segunda parte do sonho, porém, algo diferente acontece. Winnicott (1949/2000) percebe que as pessoas presentes na plateia assistiam a uma peça, ou seja, ele toma consciência, por meio delas, de que algo estava se passando no palco. Nesse instante, ao tentar entrar em contato com as pessoas da plateia para saber o que se passava no palco, afirma o autor, um outro tipo de ansiedade, muito mais radical que a primeira, emerge: ele sentiu que não possuía toda a metade direita de seu corpo. O autor relaciona, então, essa

¹ Aliás, no qual Winnicott antecipa a importância da contratransferência em um momento em que essa ainda não figurava como tema central na psicanálise, ou seja, antes da famosa discussão iniciada por Heimann, em 1950. Ver Caldwell, L. & Joyce, A. (2011).

ansiedade ao modo como sua paciente se sentia: a certeza de que não possuía um corpo próprio. Em termos de manejo clínico, tal configuração exigia do autor que ele não fizesse referência, de forma alguma, ao corpo de sua paciente, pois se assim o fizesse o que emergiria seria a ansiedade persecutória extrema que Winnicott havia experimentado em seu sonho. Em termos de compreensão teórica, o autor percebe que a ansiedade aqui sentida dizia respeito a um momento de constituição subjetiva mais primitivo do que o Édipo e a ameaça de castração correspondente, perder uma parte importante e investida eroticamente do corpo. Remeteria, portanto, a um momento auto-erótico no qual a sensação de integração corporal ainda não está consolidada. Em complementariedade, Winnicott percebe, nesse movimento, o lugar persecutório e destrutivo que os objetos de investimentos estão situados, na fantasia inconsciente de sua paciente.

Destaco que Winnicott (1949/2000) fornece, com essa análise de um sonho seu, quatro aspectos essenciais em relação à contratransferência. Em primeiro lugar, ele propõe entendê-la como um processo clínico complexo, o qual ultrapassa o afeto que conscientemente emerge no analista a partir da transferência de seu paciente, e inclui os efeitos inconscientes destes (no caso citado, esses efeitos se expressaram no sonho: identificação e ansiedade extrema). Em segundo lugar, esse processo permite ao analista compreender o que jaz na origem do afeto contratransferencial que emerge conscientemente (a irritação) ao longo das sessões. Em terceiro lugar, tal movimentação, permite, ao analista, a percepção daquilo o que o paciente necessita em termos de condução clínica em prol de seu restabelecimento (não fazer referência ao corpo). E, por último, é capaz de revelar importantes conteúdos da realidade psíquica primitiva e inconsciente do paciente, como, por exemplo, o lugar no qual os objetos de investimento são situados em sua fantasia (persecutório e destrutivos).

Se, em Winnicott, tal movimentação se apresenta exclusivamente no seio da condução do tratamento de pacientes psicóticos, na minha interpretação, podemos fazê-la incidir sobre a clínica com pacientes neuróticos. Para sustentar essa minha tese, me servirei de um famoso caso de histeria conduzido e relatado por Freud: Dora.

O caso Dora: um exemplo da contratransferência como resistência e instrumento clínico

No campo da psicanálise, o caso Dora se apresenta como sendo o momento no qual Freud (1905/1986i) percebe a questão da transferência como central para a condução do trabalho clínico. No posfácio desse trabalho, ele discorre, longamente, sobre o assunto

assinalando seu embaraço diante dos movimentos transferenciais emitidos por sua paciente. Podemos perceber que tal embaraço acabou determinando, em consequência, o encerramento do tratamento, considerado, pelo autor, prematuro. Diante disso, dois foram os caminhos tomados por Freud na compreensão desse desfecho. Em relação à transferência, Freud produz uma série de trabalhos nos quais a entende como resistência e veículo da cura. Em contrapartida, em relação à contratransferência, o autor é taxativo em vinculá-la à resistência do analista, conforme assinalado no início do presente artigo.

Minha intenção ao retomar esse caso clínico é a de propor um terceiro caminho de compreensão. Pretendo tomar as próprias afirmações de Freud sobre os afetos que nele emergiram ao longo do trabalho clínico com Dora, para poder compreendê-los, não apenas como resistência do analista, como o fez o autor, mas, igualmente, como representativos da trama fantasmática, infantil e inconsciente da paciente. Com isso, farei incidir sobre um caso de neurose, a proposta winnicottiana de entender a contratransferência como instrumento clínico que auxilia na elucidação da realidade psíquica do paciente.

Nesse trajeto, analisarei três efeitos contratransferenciais que emergiram em Freud ao longo do atendimento de Dora: a) a sensação de satisfação e gratificação, que indica que Freud se encontrava seduzido pela paciente; b) o recuo de Freud diante dessa sedução e sua decisão em se afastar desse afeto incluindo Dora na cadeia das mulheres substituíveis; c) a sensação de abandono e o conseqüente desejo de vingança. Ressalto que, para meus propósitos, me restringirei à corrente transferencial masculina que interliga Freud aos dois objetos amorosos de Dora, o infantil (seu pai) e o atual (o Sr K).

A sedução

Justamente no momento em que havia perspectivas de esclarecer um ponto obscuro da infância de Dora através do material que se impunha à análise, ela me informou que, algumas noites antes, voltara a ter um sonho que já lhe ocorrera repetidas vezes exatamente da mesma maneira. Um sonho periodicamente repetido, já por essa simples característica, estava fadado a **despertar minha curiosidade**; e de fato, era justificável, no interesse do tratamento, considerar o entrelaçamento desse sonho na trama da análise. Resolvi, portanto, **proceder a uma investigação particularmente cuidadosa** (FREUD, 1905/1986i, p. 66, grifos meus).

Nessa passagem, encontramos a primeira indicação feita por Freud do efeito que o trabalho com Dora causava em si próprio. Nela, podemos observar, por meio das palavras do autor, que ele se encontrava bastante investido no trabalho e bastante satisfeito com a própria

paciente que trouxera, para a sessão, um sonho recorrente. Se aqui percebemos a intenção da paciente em seduzir, encontramos, em contrapartida, um analista seduzido. Marco, nesse enlace, um movimento importante que remete à trama subjetiva de Dora. Pois, assim como estava agindo com Freud, Dora sempre fora muito solícita com seus dois objetos amorosos precedentes. Em relação ao pai, Dora se tornara, ao longo dos anos, sua companheira de conversas, passeios e trabalho. Além disso, cuidara, de forma impecável, de seu pai ao longo de seus sucessivos episódios de adoecimentos orgânicos. Da mesma forma, se tomarmos o substituto paterno em seu interesse amoroso, Dora estabeleceu, com o Sr K a mesma intenção sedutora. Ela o ajudava nos negócios da loja, assim como o ajudava a cuidar de seus filhos pequenos quando sua esposa se ausentava, construindo, com ele, uma relação sólida e duradoura. Com esse mecanismo sedutor, Dora apreende o interesse de seus objetos de investimento sobre si mesma e se torna o centro de suas atenções. Em Freud, percebemos que tal efeito aparece em sua redobrada intenção em interpretar os sentidos inconscientes dos sonhos e sintomas de Dora, demonstrando um especial interesse por sua paciente, como o destacado no trecho acima.

O recuo e a substituição

No entanto, algo dessa tensão, entre a sedução e a entrega à esta, foi percebido por Freud, que recua em sua posição. Logo após a finalização da análise e interpretação desse primeiro sonho, Dora insiste na proposição e traz, para uma sessão posterior, um segundo sonho. Mas, Freud, já o recebe com certo distanciamento. O autor afirma que encontrou dificuldades em recordar o material produzido pela paciente, restando, portanto, a apresentação de um relato “na ordem bastante confusa que se oferece à minha (de Freud) consciência” (FREUD, 1905/1986i, p. 93).

Talvez esse recuo e afastamento de Freud tenha sido o estopim para que Dora retornasse à análise, relatando sua decisão em encerrar o atendimento. Freud se surpreende e tenta descobrir o porquê dessa decisão. Por meio das associações verbais da paciente, Freud relaciona essa decisão de abandonar o tratamento como estando vinculada à decisão de Dora em abandonar o Sr K após este lhe ter feito uma proposta amorosa. Freud assinala que a revolta de Dora à essa proposta amorosa, e que determinou a interrupção da relação que estabelecia com o Sr K, se devia ao fato deste ter utilizado, nesta, as mesmas palavras que havia utilizado em uma situação semelhante com uma outra mulher: a governanta de sua casa.

Freud assinala, nessa passagem, que o Sr K, assim como o pai já havia feito anteriormente, inseriu Dora na cadeia amorosa das mulheres substituíveis. A partir disso, Dora age, com o Sr K, da mesma forma com a qual havia agido com seu pai, afastando-se e interrompendo a relação, raivosa e vingativamente. Percebendo a corrente transferencial que o interliga ao pai e ao Sr K, Freud percebe que Dora estava agindo da mesma forma com ele e se questiona sobre o que teria feito para que Dora quisesse abandonar o tratamento. E pondera que talvez fosse por ciúmes de uma outra paciente, que, mesmo após a finalização do tratamento, Dora soube que continuava frequentando a casa de Freud, como amiga da família. De uma forma bastante interessante, encontramos, em um outro texto de Freud (1901/1986j), a corroboração dessa hipótese. Nesse, o autor, ao desvelar as motivações inconscientes que o levaram a escolher 'Dora' para nomear sua paciente, percebe que o fez, principalmente, porque esse nome se relacionava com uma governanta que sua irmã tivera, na infância. Uma associação de ideias que, na minha opinião, reforça o lugar no qual o autor, contratransferencialmente, havia situado Dora: assim como o pai e o Sr K, Freud interpôs entre ele e Dora duas outras mulheres, uma outra paciente e uma governanta. Em minha opinião, podemos perceber, nesse processo, que o movimento contratransferencial freudiano se revela como estando entrelaçado à trama fantasmática de Dora. Isto é, ao fato que, em sua fantasia, seus objetos amorosos respondem a seu pedido de amor por meio do afastamento e da sua inserção na corrente das mulheres substituíveis.

O abandono e a vingança

O interessante é que os próximos afetos que Freud afirma ter sentido no atendimento de Dora sejam o de mágoa, de desapontamento e de ingratidão. Sendo que todos emergiram em decorrência do fato da paciente ter interrompido o tratamento em um momento em que Freud se encontrava completamente envolvido com este e esperançoso no restabelecimento da paciente. Diante dessa interrupção, Freud se ressentiu, se sentiu traído e se enreda na trama amorosa de Dora. E apesar do pai de Dora garantir que a filha retornaria ao trabalho clínico com Freud, afirma o autor: “Eu sabia que ela não retornaria. Foi um indubitável ato de vingança que, no momento em que minhas esperanças de um término feliz do tratamento estavam no auge, ela partisse de maneira tão inesperada e aniquilasse essas esperanças” (FREUD, 1905/1986i, p. 105).

Destaco que se, por um lado, esses afetos contratransferenciais indicam os pontos sobre os quais a resistência de Freud se apresenta mais fortemente, eles também indicam conteúdos importantíssimos a respeito da trama subjetiva de sua paciente. Pois, são esses mesmos afetos que estavam na raiz do sofrimento psíquico de Dora: sentir-se abandonada pelos objetos de amor, sentir-se traída e incompreendida, sentir-se substituída e desprezada.

E mais ainda, diante da potência destrutiva desses objetos amorosos, Dora reage os destituindo de potência e de força. É assim que se sente Freud ao se questionar: “de que maneira pode o doente vingar-se com mais eficácia do que demonstrando, em sua própria pessoa, quão impotente e incapaz é o médico?” (FREUD, 1905/1986i, p. 114). Percebemos aqui que Freud ocupa uma posição similar à ocupada, na fantasia, pelo pai de Dora: um homem que se tornara (sexualmente) impotente em decorrência de um adoecimento orgânico.

Em minha percepção, creio que podemos assinalar que os afetos emergentes, em Freud, situam, na fantasia de Dora, o lugar em que ela aloca seus objetos de investimento e de amor. Isto é, objetos que ao serem amados, dela se afastam e a substituem. Sobrevindo, nela, a mágoa, o desapontamento, a sensação de traição e de abandono. Afetos que justificam o desejo vingativo em Dora. O incrível é que de forma complementar, encontramos esses mesmos afetos serem vivenciados e relatados por Freud ao longo do atendimento de forma a culminarem, assim como em Dora, com um intenso desejo de vingança que demarca o final derradeiro do tratamento. Alguns meses após ter interrompido o tratamento, Dora procura Freud e solicita reiniciar o atendimento. Diante desse pedido, Freud se vinga, não apenas se recusando a aceitá-la em tratamento, mas ainda, a perdoando por tê-lo privado ‘da satisfação de livrá-la muito mais radicalmente de seus padecimentos’ (FREUD, 1905/1986i, p. 115). No meu entendimento, Freud mantém com seu gesto a trama edípica fantasmática de sua paciente intacta. Ou seja, diante da solicitação, endereçada, via transferência, de compreensão sobre as regras que regulam as relações amorosas, encontra a mesma resposta já emitida por seu pai e pelo Sr K: a afirmação e a negação, simultânea, de sua potência erótica. Ou seja, com sua atuação contratransferencial, Freud se mantém enredado na trama fantasmática de Dora.

Se toda essa movimentação endereçou Freud a reconhecer suas próprias dificuldades em lidar com as questões amorosas que Dora lhe endereçava, via transferência, por outro lado lhe escapou o fato de que o modo como respondeu, contratransferencialmente, à essas questões, se relacionava com a trama psíquica infantil, inconsciente e fantasmática de sua paciente. Ou seja, perceber as manifestações transferenciais e estar sensível aos seus efeitos

contratransferenciais poderiam ter aberto as portas para a compreensão do caráter paradoxal desses efeitos de forma a entendê-los, simultaneamente, como resistência e instrumento clínico.

Considerações finais

Partindo das considerações efetuadas tanto por Freud quanto por Winnicott, gostaria de destacar três particularidades, em relação ao tema em análise:

- 1) A contratransferência, entendida como um conjunto de afetos e sensações que emergem no analista a partir dos movimentos transferenciais de seu paciente. Ou seja, ambas, fazem parte de um mesmo processo.
- 2) Que esse processo se sustenta sobre raízes inconscientes. Isto é, aquilo que emerge no analista é a ponta reconhecível de um processo que se assenta sobre motivos desconhecidos. Aqui se situando a necessidade de que sofram um processo de depuração e análise, já que, na clínica analítica, agir a partir do desconhecimento, é resistir.
- 3) Há, nesse eixo – transferência-contratransferência – uma sobreposição de conteúdos inconscientes. Isto é, de um lado, conteúdos do paciente que, via transferência, endereça suas questões infantis ao analista, e do outro, conteúdos do analista que emergem a partir desse lugar específico no qual é situado por seu paciente. Aqui se situando a possibilidade de tomarmos o material emergentes no analista como via de acesso à trama fantasmática e inconsciente que sustenta o sofrimento psíquico de cada paciente.

Partindo dessas considerações, minha proposta é de que se há, na composição da contratransferência, algo que diz respeito tanto ao analista (razão pela qual ele tem que levar para sua análise pessoal e depurar aí os sentidos inconscientes de seu sentir) quanto algo que diz respeito ao paciente (na medida que esse efeito contratransferencial emergiu a partir de uma trama psíquica inconsciente singular). Por essas razões, podemos supor que ela se configure, simultaneamente, como resistência do analista e instrumento clínico.

Na minha interpretação, com isso, a contratransferência ganha um estatuto metapsicológico, isto é, ela deixa de ser considerada um fenômeno clínico, e passa a ser concebida a partir de suas dimensões tópica (as relações entre ICS e CS) econômica (a energia

pulsional – amor e ódio – que a sustenta) e dinâmica (o jogo de forças conflitivas envolvidas). Sendo assim, ao analista, cabe a tarefa de, paradoxalmente, desvelar os motivos inconscientes que o levaram a responder à transferência de seu paciente da forma X para que essa forma não atue como resistência ao tratamento, e desvelar o que esse mesmo X indica sobre a trama fantasmática e inconsciente desse paciente em particular. Esse é o esforço a que temos nos dedicado na condução dos atendimentos clínicos que desenvolvemos na clínica-escola de nossa universidade. Neles tomamos cada afeto e sensação emergente na clínica e relatados pelos alunos nas reuniões de supervisão como linha de investigação dupla: por um lado o aluno deve encaminhá-los para sua própria análise pessoal objetivando desvelar os motivos inconscientes que os sustentam; e por outro, tentamos desvelar o que eles poderiam nos indicar a respeito da trama subjetiva do paciente em questão. Os exemplos são múltiplos e os resultados bastante produtivos. No entanto, por razões de sigilo, optei por não os apresentar na presente oportunidade. Em troca, me utilizei de um pequeno fragmento da análise de um famoso caso clínico freudiano para ilustrar minha proposição. Nela, procurei manter a mesma lógica de trabalho que desenvolvo com meus alunos: tomei o relato freudiano sobre seus próprios afetos e sentimentos que emergiram a partir do trabalho clínico de Dora e procurei os relacionar à trama fantasmática e inconsciente da paciente. Nesse processo, seguindo a trilha dos afetos contratransferenciais elencados pelo autor, demonstrei como fomos encaminhados aos recônditos infantis, inconscientes e fantasmáticos de Dora.

Referências

CALDWELL, L.; JOYCE, A. **Reading Winnicott**. London: Routledge, 2011.

FREUD, S. **As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica** (1910). Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XI. Rio de Janeiro: Imago, 1986a. p. 127-140.

_____. **Sobre o narcisismo: uma introdução** (1914). Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1986b. p. 89-122.

_____. **Conferências Introdutória sobre Psicanálise – Conferência XXVI** (1916-17). Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1986c. p. 481-502.

_____. **Conferências Introdutória sobre Psicanálise – Conferência XXI** (1916-17). Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1986d. p. 375-398.

_____. **Repressão** (1915). Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1986e. p. 169-190.

_____. **Recordar, repetir e elaborar** (1914). Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1986f. p. 193-208.

_____. **A psicoterapia da histeria** (1895). Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. II. Rio de Janeiro: Imago, 1986g. p. 311-364.

_____. **Observações sobre o amor transferencial** (1915). Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1986h. p. 208-221.

_____. **Fragmento da análise de um caso de histeria.** (1905). Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1986i. p. 5-128.

_____. **A psicopatologia da vida cotidiana - XII** (1901). Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. VI. Rio de Janeiro: Imago, 1986j. p. 208-240.

WINNICOTT, D. W. Contratransferência. (1960). In: _____. **O ambiente e os processos de maturação:** estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982a. p. 145-151.

_____. Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo (1963). In: _____. **O ambiente e os processos de maturação:** estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982b. p. 79-87.

_____. **Natureza Humana.** Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____. O ódio na contratransferência (1947). In: _____. **Da pediatria à psicanálise:** obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 277-287.

Recebido em: 03/08/2017.

Aceito em: 01/12/2017.