

# Transferência: diálogo com um jovem colega<sup>1</sup>

Marion Minerbo<sup>2</sup>

**Resumo:** Na forma de perguntas e respostas, o texto busca recuperar a abrangência do conceito de transferência e sua necessidade na clínica. A autora usa um fragmento clínico como fio condutor e relaciona a transferência com a forma de ser e de sofrer da criança-no-adulto; revisita criticamente a noção de interpretação transferencial; recorre à noção de dupla transferência de Green para resgatar as duas dimensões da transferência tal como formuladas por Freud: intrapsíquica e intersubjetiva; por fim, mostra como trabalha com essas ideias na clínica interpretando a transferência na transferência.

**Palavras-chave:** transferência, criança-no-adulto, interpretação transferencial, dupla transferência, transferência intrapsíquica e intersubjetiva

Por que mais um texto sobre transferência, conceito sobre o qual já se disse tanto? Justamente porque, de tanto ser repetida, a palavra transferência corre o risco de ser esvaziada, levando à banalização do conceito. Aos poucos, tal desgaste pode nos fazer esquecer os fatos clínicos enigmáticos que levaram Freud a formular o conceito, situando-o, a partir de 1914, no coração da clínica. Quando isso acontece, a própria possibilidade de reconhecer a transferência na clínica vai se esvaindo. No limite, podemos perder de vista até mesmo a necessidade desse conceito.

Como exemplo desse processo, no terceiro fórum organizado pela Diretoria Científica da SBPSP (maio/junho de 2013), cujo tema era “Transferência e interpretação transferencial”, Cecil José Rezze (2013) afirmou não trabalhar com os conceitos de transferência/contratransferência, tendo-os substituído pela noção de experiência emocional. No quarto fórum, comentando a afirmação que Cecil fizera anteriormente, Elias Mallet da Rocha Barros (2013) argumentou, a meu ver com propriedade, que as duas noções se situam em níveis epistemológicos distintos: transferência é um conceito metapsicológico;

- 1 Uma primeira versão deste trabalho foi apresentada na SBPSP em 9 de maio de 2013, no terceiro fórum teórico organizado pela Diretoria Científica (biênio 2013/14) sobre o tema “Transferência e interpretação transferencial”. Agradeço a oportuna iniciativa da Diretoria Científica de promover uma discussão revitalizadora sobre o tema contemplando a pluralidade de pontos de vista de nossa Sociedade. Participaram da mesma mesa Cecil José Rezze e Elias Mallet da Rocha Barros. O fórum foi coordenado pela Diretora Científica, Vera Regina Jardim Ribeiro Marcondes Fonseca.
- 2 Membro efetivo e analista didata da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, SBPSP.

experiência emocional é uma noção psicológica. Ambas são necessárias, cada qual no seu lugar e com sua função. Por isso mesmo, uma não pode simplesmente substituir a outra.

Além disso, é importante lembrar que há uma *articulação indissolúvel entre os conceitos de transferência e inconsciente*. *Indissolúvel pois, como veremos ao longo desse texto, transferência é uma manifestação do inconsciente; e o inconsciente, que em si mesmo é incognoscível, se manifesta (também) como transferência*. Nesse sentido, escolher não trabalhar com o conceito de transferência pode nos levar a colocar em questão o conceito de inconsciente – conceito fundamental, no duplo sentido de fundar o próprio campo psicanalítico e fundamentar nossa prática clínica.

Por tudo isso, me pareceu oportuno resgatar o lastro e a potência dos dois pilares conceituais que diferenciam a psicanálise de outras formas de psicoterapia. Imaginei um “diálogo com um jovem colega”, cujo olhar ainda fresco e curioso sobre nossa disciplina o habilita a fazer perguntas sobre temas aparentemente simples e conhecidos. Para esse colega, é possível que o termo transferência ainda esteja fortemente associado com a reedição de sentimentos do passado que o paciente desenvolve em relação a seu analista. Transferência é muito mais do que isto. Este diálogo busca recuperar, do jeito mais simples possível, a abrangência desse conceito e sua necessidade na clínica. As perguntas do jovem colega aparecem em itálico. Minhas respostas, em fonte comum.

*O que produz sofrimento psíquico do ponto de vista da psicanálise?*

Caro colega, quando me proponho a conversar sobre um tema faço o possível para usar um fragmento clínico como eixo condutor do meu pensamento. Por um lado, isso torna as ideias mais claras. Por outro, nos impede de decolar na direção de uma conversa excessivamente abstrata, desvinculada da experiência clínica. Por fim, nos ajuda a não perder de vista o sofrimento psíquico do paciente. Afinal, nossos pacientes nos procuram porque algo na vida deles não vai bem. Assim, acho ótimo que você tenha começado com a pergunta que só mesmo um jovem ainda se lembra de fazer. Eis o fragmento.

Marcia vive irritada com o marido. Tudo o que ele faz, desde deixar sua calça sobre a cama até ir jogar futebol no domingo, é lido como “ele não tem a menor consideração por mim”. O ódio é tanto, que “cai matando” a cada vez que ele faz essas coisas. Não consegue se controlar. Por razões que lhe são completamente enigmáticas, Marcia atribui sistematicamente ao marido uma falta de amor (“não liga para mim”) que logo se desdobra em desprezo (“não tem consideração por mim”). Ela nem se dá conta que essa forma de interpretar as atitudes do marido a faz sofrer. Sabe, apenas, que vive irritada e muitas vezes se torna violenta.

Já que se trata de uma conversa informal, vou abrir um parêntese para retomar uma noção que goza de antipatia geral – a meu ver, injustamente: a

psicopatologia psicanalítica. Pois quando falamos em sofrimento psíquico, é de psicopatologia que estamos falando. Ela nos presta grandes serviços, pois dá inteligibilidade a elementos transferenciais que encontramos de forma recorrente na análise de certo grupo de pacientes. Isso nos ajuda a organizar um pensamento clínico para não trabalharmos em voo totalmente cego, e sim numa cegueira orientada. Permita-me compartilhar com você algo de minha experiência pessoal: senti falta de um curso básico de psicopatologia psicanalítica na minha formação. Corri atrás do prejuízo e estudei os dois grandes grupos, neurose e não neurose (Minerbo, 2009). Senti que os horizontes de minha escuta se ampliaram; minha clínica amadureceu.

*Mas será que a teoria não acaba nos levando a conduzir uma análise intelectualizada?*

Ao contrário, a ideia é elaborar um pensamento sobre a clínica a partir da clínica. Quer ver?

Marcia está constantemente irritada com o marido. Ela sente ódio dos movimentos de autonomia dele (deixa a calça sobre a cama e vai jogar futebol) porque exigem dela um tipo de trabalho psíquico que não tem condições de fazer. A alteridade é traumática e a desorganiza psiquicamente. Como esses movimentos são vividos inconscientemente como ameaça ao Eu, ela se defende tentando exercer um controle tirânico sobre ele (“cai matando” quando não guarda a calça; fica mal-humorada quando ele volta do futebol). Algo sempre escapa ao controle: sente-se ameaçada e fica com ódio.

Além disso, ela faz, sistematicamente, uma leitura autorreferida da realidade (“a calça na cama é a prova de que não tem a menor consideração por mim”). Pesquisando um pouco mais, vimos que ela sente que, por ser um executivo importante, e ela uma dona de casa, ele não a valoriza. Por outro lado, ela sabe perfeitamente que o marido a valoriza muito.

Já temos elementos suficientes para esboçar um pensamento clínico. Começamos reunindo alguns elementos da clínica: uma leitura autorreferida da realidade, a projeção como mecanismo de defesa, a tentativa de defender um narcisismo frágil impedindo os movimentos de autonomia do outro e o ódio ligado ao excesso traumático de alteridade. Esses elementos *se impõem à minha escuta e ganham inteligibilidade* graças a algum conhecimento sobre a paranoia. E tudo isso me orienta, e muito, quando estou em sessão.

Como você vê, não tem nada de intelectualizado: é um pensamento sobre a clínica, a partir da clínica. A teoria está lá como pano de fundo da minha escuta. Está implícita. Assim começa o pensamento clínico, isto é, um pensamento que toma em consideração, de um lado, a clínica, e de outro, a metapsicologia.

*Quer dizer que é a psicopatologia psicanalítica que nos permite fazer a articulação entre a clínica e a metapsicologia?*

É isso mesmo. Espero que esteja claro que estamos a anos-luz da psicopatologia psiquiátrica, já que apenas a psicanálise se interessa pelas determinações inconscientes do sofrimento psíquico que se manifestam como transferência.

Voltando ao sofrimento de Marcia, a irritação é, certamente, uma experiência emocional. Até aí estamos no plano dos afetos. Mas você há de concordar que o motivo da irritação não pode ser o fato da calça ficar sobre a cama, e sim a *interpretação* que ela dá do fato (“não está nem aí comigo”).

*Sim, isto faz sentido. Mas por que será que ela interpreta tudo desse jeito?*

Para entender isso precisamos dos conceitos de inconsciente e transferência. Não temos acesso direto ao inconsciente. Ele é inefável. Mas ele se manifesta, e tem efeitos absolutamente concretos na vida das pessoas, através da transferência. Basta ver os efeitos devastadores da transferência negativa de Marcia com seu marido na vida do casal. Inconsciente e transferência são conceitos indissociáveis, lembra?

*E o que está sendo transferido?*

Vamos por partes. Primeiro, eu me perguntaria sobre o porquê da transferência negativa com o marido. As associações dela mostram que o fato de ele ser um executivo bem-sucedido o torna apto a ser visto pela criança-nela – aproveito para introduzir essa expressão, sobre a qual vamos conversar bastante hoje – como “importante”. Esse é um elemento crucial para nossa compreensão dessa transferência. A criança-nela sente confusamente, sem conseguir formular, que “ele é importante, eu não sou; e ele certamente deixa a calça na cama porque se acha mais importante do que eu”.

*Vejo que você tem algo em mente, mas não consigo ver o que “ser importante” tem a ver com “deixar a calça sobre a cama”. Ou vice-versa...*

Quando não estamos funcionando no “modo” paranoico, de fato uma coisa não tem nada a ver com a outra. Mas para a criança-nela – como veremos, essa é outra maneira de falar do inconsciente – *quem é importante abusa de quem não é*. Não é difícil reconhecer que a pessoa “importante” é a figura parental que pode, de mil maneiras, abusar da criança. No fundo, é exatamente essa figura que ela “alucina” – suponho que você esteja familiarizado com o sentido que Bion dá ao termo – quando vê que o marido deixou a calça sobre a cama em vez de guardá-la no armário.

Para continuar a elaborar meu pensamento clínico preciso introduzir a noção de trauma precoce. Gato escaldado tem medo de água fria, não é mesmo? Ou seja, se ela tem tanto medo de ser abusada pelo “marido-importante”,

temos que supor que ela, ou melhor, a criança-nela já sofreu algo parecido, e conhece bem esse tipo de experiência. Marcia não “alucina” isso do nada. Temos que supor que ela viveu algum tipo de abuso de poder por parte da figura parental, que isso foi percebido e registrado, embora não representado, e que está revivendo alucinatoriamente esse abuso na situação com o marido.

As marcas psíquicas deixadas por esse tipo de experiência traumática determinam a maneira como ela lê a realidade. São essas marcas que chamamos de inconsciente (na segunda tópica), e são elas que estão sendo *transferidas* para a cena da calça na cama: para ela, é uma prova inequívoca de abuso do poder. Sem esse pensamento clínico não temos como entender o ódio que toma conta dela, nem a violência com que reage, nesta e em mil outras situações em seu cotidiano.

Assim, para completar minha resposta à sua primeira questão, Marcia sofre porque se retraumatiza a cada vez que o passado não simbolizado se reapresenta a ela no presente, desorganizando-a psicologicamente. Você percebe que a experiência emocional de ódio e a transferência da situação traumática pertencem a planos epistemológicos distintos? E como uma remete necessariamente à outra?

*Confesso que essas ideias não estavam muito claras para mim. Eu teria interpretado algo como: “vejo que você ficou com muito ódio do seu marido porque ele a frustrou”. Ou então pensaria na transferência comigo: “você teme que eu não tolere a sua bagunça psíquica” (a calça sobre a cama). Ou ainda, quando se irrita porque o marido vai jogar futebol no domingo, eu pensaria que ela poderia estar irritada comigo por estar excluída do “meu futebol” no fim de semana. Mas agora me dou conta de que a coisa vai muito além disso. É claro que, se ela lê a calça na cama como abuso de poder, a experiência emocional só pode ser de ódio. Não tem nada a ver com uma intolerância constitucional à frustração, como eu pensava. Nem faria sentido, nesse momento, interpretar a relação dela comigo. É a alucinação da situação traumática que desperta ódio e terror na criança-nela.*

Concordo com você. Frustração tem a ver com o princípio do prazer. Aqui estamos além do princípio do prazer. A alucinação é uma espécie de sonho traumático acordado. Mas não se esqueça de que, se ela vê abuso de poder em tudo, essa forma de interpretar o mundo não nasceu pronta: foi constituída no seio das relações intersubjetivas que marcaram sua história emocional. Ela transfere as marcas inconscientes de uma experiência traumática efetivamente vivida com a figura parental para qualquer situação que dê margem a esse tipo de interpretação. E ela interpreta quase tudo assim. Por isso vive irritada.

*Você está usando o termo transferência num sentido mais amplo do que simplesmente a relação com o analista. Se é que entendi, está dizendo que*

*Marcia transfere um bom pedaço de sua história emocional traumática – e portanto não simbolizada – para uma situação atual. É uma cena inteira, da qual faz parte um adulto, uma criança e uma relação de abuso entre eles. É a transferência desta cena que confere à situação atual sua aura alucinatória. De fato, é bem mais complexo do que a reedição de sentimentos do passado para o presente. Mas onde fica a transferência com o analista?*

Como ainda veremos, é no campo transferencial com o analista que uma narrativa sobre o trauma precoce poderá ir sendo elaborada. Não se trata de uma narrativa caricata do tipo “quando você tinha dois anos...”, mas de uma narrativa construída a partir da transferência, isto é, da presentificação dessa situação no cotidiano de Marcia. Por enquanto estou apenas elaborando um pensamento clínico, porque sem ele não tenho como funcionar, *na transferência*, como um (novo) objeto. Essa ideia é muito importante e certamente vai aparecer novamente ao longo da conversa.

*Você poderia falar um pouco sobre a criança-no-adulto? Me pareceu que a diferença entre uma relação comum e outra em transferência está presente, passa por aí.*

Tem toda razão. Quando a criança-no-adulto toma as rédeas numa relação qualquer, quando é ela que está sentindo, pensando e agindo, aquela relação está marcada pela transferência. E quando a criança-no-adulto está “adormecida”, quando é o adulto quem está sentindo, pensando e agindo, com as rédeas na mão, então é uma relação comum.

A criança-no-adulto é uma espécie de cicatriz viva da personalidade, testemunho do trauma e das defesas que tivemos que usar ao longo de nosso desenvolvimento psíquico. Para a psicanálise, trauma é qualquer situação emocionalmente excessiva, geralmente cumulativa, que ultrapassa a capacidade de interpretação do sujeito na época em que acontece. É um pedaço da história emocional que foi percebida, deixou marcas, mas sem que o sujeito pudesse lhe atribuir um sentido. O resto da mente “amadurece” com as experiências de vida e no seio das novas relações intersubjetivas; mas uma parte continua “verde”, fixada no tempo, sentindo, pensando e agindo como na época em que se produziu aquela cicatriz.

A criança-no-adulto também é denominada de “o infantil” e “o inconsciente”. Em certas relações – e na situação analítica isso sempre acontece – esta parte “verde” vai ser “acordada” e vai tomar as rédeas do funcionamento psíquico. É ela que vai ler o mundo e reagir a esta leitura, o que tende a produzir algum tipo de quiproquó. Em latim *quid pro quo* quer dizer: aqui no lugar de lá, agora no lugar de então. Em português quer dizer confusão, turbulência.

Respondendo à sua questão: quando uma relação comum é atravessada pela transferência dá confusão e turbulência porque o aqui e agora está sendo confundido com o lá e então. Já a situação analítica é feita especialmente para

acordar e dar voz à criança-no-adulto. A escuta analítica é precisamente a escuta dessa voz (inclusive daquilo que ela não consegue dizer), e não da voz do adulto.

*Como podemos saber que a criança-no-adulto foi acordada e tomou as rédeas de uma relação qualquer?*

Pela tonalidade afetiva com que a relação é vivida. A realidade fica “assombrada” – tanto bem assombrada como mal-assombrada – porque está infiltrada por elementos que provêm de outra época, de outro lugar, e têm a ver com outros personagens. Freud chamou essa tonalidade afetiva de “estranhamente familiar” ou “inquietante” (*unheimlich*). Vale a pena você ler esse texto de 1919. O adulto pressente que algo-nele tomou conta da situação, pois seus sentimentos, comportamentos e mesmo palavras, lhe soam estranhos e enigmáticos.

Um novo fragmento da análise de Marcia mostra claramente uma situação mal-assombrada. Ela me conta que no fim de semana teve duas experiências muito diferentes com seu marido. Na primeira teve uma reação normal, mas na segunda teve um piti, chegando a arremessar um prato na pia. Diz que não consegue entender o porquê dessa diferença.

Primeira situação: o marido lhe telefona de Paris para dizer que fez uma burrada tão grande que precisava contar para ela: o horário do voo era à meia-noite e vinte do sábado, e não do domingo! Ele teria de comprar outra passagem, voltar de classe econômica e ir trabalhar depois de uma noite mal dormida. Ela achou graça na confusão, disse que coisas assim acontecem, “bola pra frente”.

Segunda situação: naquela mesma noite ela e o marido estão analisando a planta elétrica da reforma do apartamento. Uma tomada está num lugar que ele não entende bem. Ela explica que fica atrás do banco que haverá na copa. “Que banco?”, ele pergunta. Ela diz que não vai levar aquela mesa e as cadeiras, e que o marceneiro vai fazer uma mesa nova com bancos. Então ele sobe o tom de voz e diz que ela está gastando demais etc. Em uma sessão anterior, ela tinha contado de outro surto idêntico, mas por causa de uma cômoda. Na ocasião, ela havia percebido que o problema era seu pânico de ficar pobre. Mas, ao ouvir o tom de voz dele, ficou com ódio e atirou um prato na pia. Um determinado tom de voz acordou a criança-em-Marcia. Afetos extremos de caráter enigmático mostram que a situação se tornou, de repente, mal-assombrada.

*O que torna a segunda situação mal-assombrada?*

Para responder a esta pergunta preciso usar minha imaginação metapsicológica, que é um outro jeito de dizer que preciso esboçar um pensamento clínico para não ficar no nível concreto dos acontecimentos relatados. Assim, quando Marcia me conta essas duas cenas, eu *imagino* que na segunda o tom

de voz é acusatório e que ele está atuando a angústia ligada ao seu desamparo infantil. Ele abusa de seu poder sobre ela quando a acusa de ser gastadeira em vez de conter sua angústia. Imagino também que esta cena é análoga à outra do passado.

*Como assim, análoga?*

Em ambas as cenas há um objeto que não é capaz de conter e transformar seus próprios estados emocionais, e se defende – para usar mais um termo de Bion que você deve conhecer bem – evacuando nela seus elementos-beta. O marido-que-evacua entra em ressonância com o objeto primário-que-evacua porque são análogos, e essa ressonância “acorda” a criança-traumatizada-nela.

Presente e passado se confundem e se sobrepõem. Em outros termos, quando o marido se torna o representante atual do objeto primário traumatizante, Marcia sai do “modo” adulto e passa a funcionar no “modo” infantil. A criança-nela reage com ódio e desespero ao fato de ser obrigada a funcionar como continente dos elementos-beta do objeto. Ele não consegue conter, e atua, a angústia ligada ao seu próprio desamparo (medo de ficar pobre), acusando-a furiosamente de ser gastadeira, o que é injusto. E como ela não dispõe hoje, como não dispunha antes, da capacidade de simbolizar a situação, a pulsionalidade em estado bruto irrompe e o prato é atirado na pia.

*Então ela tem, por assim dizer, dois maridos?*

(risos) O material clínico mostra que ela diferencia claramente o marido funcionando no modo adulto, do momento em que a criança-nele atua. Quando isso acontece, o tom de voz angustiado, furioso, acusatório dele a retraumatiza – o que a leva a reagir de forma compatível com a experiência emocional vivida, mas não simbolizada, com seu objeto primário.

Se você seguiu meu pensamento clínico até aqui, percebeu que a teoria não é aplicada à clínica. Ela surge, nasce, brota, emerge da clínica graças a um esforço de imaginação de um analista em sintonia com o sofrimento da criança-no-adulto. A escuta analítica é uma escuta criativa, que se descola do plano manifesto.

*Bem interessante esta ideia de escuta criativa. Mudando um pouco de assunto, por que o infantil está sempre apto a ser transferido?*

Essa é outra pergunta fundamental. Os elementos ligados à história emocional que não foram integrados ao Eu continuam presentes no psiquismo na forma de corpo estranho. Este é composto de registros, ainda em estado bruto, de elementos excessivos (traumáticos) que a psique infantil não conseguiu metabolizar. A alma pena, ela sofre pela impossibilidade de dar sentido a aspectos da história emocional. Por isso retorna, assombrando o presente, até receber



sepultura simbólica adequada, para usar uma bela expressão de Roussillon (2001). Ou seja, o infantil é transferido simplesmente porque não está integrado.

Este autor interpreta de uma maneira interessante o conceito freudiano de compulsão à repetição. Para ele, o psiquismo está sujeito a uma “compulsão a simbolizar”. Estamos submetidos ao imperativo de nos tornarmos sujeitos (Eu) lá onde fomos assujeitados pelo objeto primário. Explico. A criança ocupa necessariamente uma posição passiva em relação a um adulto que pode usá-la para resolver suas questões erótico/narcísicas inconscientes, o que configura um abuso de poder. É nesse sentido que ela está necessariamente assujeitada a ele. Enquanto o trauma não for simbolizado e integrado, ele se reapresenta automaticamente ao psiquismo.

*Então é na análise que o infantil poderá receber sepultura simbólica adequada?*

Idealmente, sim. A cada vez que a situação traumática se reapresenta – e o analisando nos ajuda trazendo para a sessão sempre mais do mesmo – vamos reconhecer e interpretar a transferência na transferência. Para entender o que quero dizer com isso, precisaríamos retomar as várias acepções do termo em Freud. Não vou lhe aborrecer com coisas que você pode ler nos livros. Excelente leitor do fundador da psicanálise, Green (2002) percebeu que ele definiu a transferência por um duplo vértice: intrapsíquico (em 1900, na “Interpretação dos sonhos”) e intersubjetivo (em 1905, no “Caso Dora”), e que o segundo não veio substituir o primeiro: eles se determinam reciprocamente. Por isso, e numa linguagem mais contemporânea, ele os reuniu na noção de “dupla transferência”:

*Transferência sobre a linguagem:* é a transferência intrapsíquica (como no sonho), isto é, transferência de intensidades de uma representação à outra, que ocorre, em maior ou menor grau, na associação livre do paciente. Exige do analista uma escuta sintonizada com o valor simbólico da fala;

*Transferência sobre o objeto:* o paciente convoca o objeto a fazer parte de uma cena intersubjetiva de forma a perpetuar a repetição de modos de ser sintomáticos. Nesta cena, a criança-no-paciente está sempre referida de forma complementar à figura parental.

Em situações mais neuróticas predomina a transferência sobre a linguagem. Nas não neuróticas, sobre o objeto. O analista presta atenção simultaneamente à dimensão intrapsíquica e intersubjetiva da transferência. Foi o que eu quis dizer acima com “interpretar a transferência na transferência”.

*Essa ideia de dupla transferência é nova para mim. Como já lhe disse, eu pensava que a interpretação precisasse se referir ao “aqui e agora”, e incluir sempre a pessoa do analista, para ser transferencial. Pelo menos foi o que aprendi com o texto clássico de Strachey que fala sobre a interpretação mutativa...*

Nem sempre. Aliás, quando a palavra “sempre” é usada em psicanálise, receio que uma boa ideia, como a de Strachey, esteja sendo transformada em doutrina, o que é no mínimo injusto com o autor. Eu acho que ninguém quer ser lido como se fosse um guru; os autores preferem leitores críticos. É nesse espírito que dedico algumas páginas de meu livro *Transferência e Contratransferência* (2012) às questões que você está levantando.

Nessa mesma linha, Bollas (2006)<sup>3</sup>, aparentemente também incomodado com o “sempre”, argumenta que a interpretação sistemática da transferência “aqui comigo” pode ter o valor de uma resistência do analista à interpretação das associações livres do paciente – a transferência sobre a linguagem, como vimos acima. Ele diz o seguinte:

Muitos analistas, fora da escola britânica, têm uma maneira muito diferente de lidar com a transferência, que consiste em pensar nela quando isso lhes ocorre. Talvez eles deveriam ser chamados de intérpretes da transferência “de vez em quando”. Eles são tão disciplinados quanto os intérpretes do “aqui e agora” na compreensão da transferência, porém só veem no material uma referência ao clínico quando tal pensamento vem à consciência do analista espontaneamente e sem preconceito ... . Antes que a sessão comece, o psicanalista [intérprete do “aqui e agora”] já sabe que vai escutar a referência a pessoas, lugares e acontecimentos como uma representação de como o analisando está sentido o analista aqui e agora ... . Para André Green, este sistema de escuta constitui uma forma de sugestão. (Bollas, 2006, p. 704)

Pensando bem, ele tem certa razão: a intenção de escutar o material clínico procurando nele as referências inconscientes, implícitas, à pessoa do analista é incompatível com uma postura “sem memória e sem desejo”.

Concordo com você. A postura “sem memória e sem desejo” visa favorecer a emergência do fato selecionado, que organiza retroativamente, e dá sentido àquilo que se expressa através do discurso. O desejo de encontrar pistas sobre como o paciente está vendo o analista naquele momento pode funcionar como obstáculo à atenção livremente flutuante. Nesse mesmo texto, Bollas cita um *e-mail* recebido de Green em 13 de setembro de 2005, no qual este faz uma crítica ainda mais dura a esse “sempre”. Escreve Green:

Concentrar o processo de associação livre sobre a transferência, segundo a técnica do “aqui e agora”, não apenas vai contra seus objetivos (da associação livre), restringindo o campo associativo a um único ponto, o analista: o analista em si mesmo é transformado numa espécie de objeto hipnótico. (Green, citado por Bollas, 2006, p. 704)

Contundente, não é? Mas é inegável que esses dois autores contemporâneos dão o que pensar, ou, pelo menos, nos tiram do sossego de nossas certezas. Curiosamente, eles inovaram recuperando a força de certas ideias freudianas que tinham sido esquecidas. E talvez tenham sido esquecidas justamente porque a “interpretação mutativa” que você citou tenha sido transformada numa espécie de modelo universal do ato analítico.

*Sim, fiquei um tanto chocado com a virulência da crítica dos dois. Não estou acostumado a esse tom. Voltando a Marcia, como funciona essa história de dupla transferência na análise dela?*

Vamos retomar nosso fragmento clínico. O *relato* que ela faz ao analista das duas cenas com o marido tem o valor de associação livre. Como diz Freud na “Interpretação dos sonhos”, escutamos as associações como reveladoras da transferência de material psíquico inconsciente para representações do pré-consciente. Só que no caso desta paciente não é propriamente um sonho (de realização de desejo), mas um pesadelo recorrente – um sonho de angústia, só que acordado. Ou seja, escuto o marido mal-assombrado como um resto diurno que representa o objeto primário abusador da criança-em-Marcia.

Nesse sentido, baseio-me em “Além do princípio do prazer” (1920), texto em que Freud diz que os sonhos de angústia estão relacionados ao trauma e são um bom exemplo de compulsão à repetição. Na segunda situação apresentada acima, material psíquico traumático, não simbolizado, *está sendo transferido* para a *representação marido-que-a-acusa-de-gastar*. E, de fato, ela se retraumatiza a cada vez que o marido atua abusivamente suas questões inconscientes com ela.

*E como você trabalharia? Acho importante que os analistas mais experientes mostrem como trabalham.*

Tem toda razão. É sempre mais fácil opinar sobre o trabalho dos outros do que expor seu próprio trabalho. Aqui, eu interpretaria a transferência dizendo algo como “do jeito que ficou aterrorizada, você deve ter sentido que ele poderia te matar!”. Eu estaria conversando diretamente com a criança-nela que viveu, mas não simbolizou, o pavor de que poderia mesmo ser morta pela figura parental enfurecida. Quando digo isso, minha expectativa é que minha fala desperte novas associações. Como no jogo do rabisco de Winnicott, ela faz um rabisco, e eu acrescento outro que dá algum sentido ao primeiro, para que ela continue com um novo rabisco, e assim por diante. A ideia é que a gente possa ir criando a quatro mãos uma narrativa que vá “cerzindo” o buraco de simbolização que a leva a atuar.

Ao mesmo tempo, esse trabalho é feito, quer eu queira, quer não, na transferência. Pois é evidente que eu, como analista, estou investida da transferência pelo simples fato de ela estar em análise. Sou o objeto bem assombrado

(pelo menos até agora!) a quem Marcia relata o pesadelo recorrente, no qual o marido se transforma numa figura abusadora. Enquanto a relação comigo flui, me deixo levar pelas associações que revelam a transferência sobre a linguagem. Mas não descuido da contratransferência, pois é ela que irá sinalizar quando o tipo de comunicação mudou – certamente passamos para um modo de funcionamento psíquico mais primitivo –, de modo que a transferência sobre o objeto-analista passou para o primeiro plano e precisará ser interpretada, manejada.

Há mais uma ideia que me é cara e que gostaria de compartilhar com você. Quando não estou sendo confundida com um objeto do passado, nem estou refém de identificações projetivas, posso, potencialmente, vir a ser um novo objeto para a analisanda. Mas eu só me torno efetivamente um novo objeto se eu *responder na transferência* de modo a propiciar uma nova experiência emocional. Veja, caro colega, que aqui transferência e experiência emocional convergem para favorecer a mudança psíquica.

*Essa parte me interessa muito. Como, afinal, o analista sai da repetição e se transforma num novo objeto para o analisando?*

Fazendo o que o objeto primário não fez: oferecendo condições para que ela possa dar sentido à experiência com o objeto primário. Veja bem: eu não posso simbolizar por ela, mas posso e devo sustentar, encaminhar, participar e facilitar o processo de simbolização do trauma precoce todas as vezes que ele se reapresenta (se transfere) no relato das situações atuais. Qualquer fala minha com esta função será uma interpretação da transferência na transferência.

O que eu disse, nessa sessão, foi: “Na primeira situação seu marido conseguiu ‘segurar a onda dele’ – até ligou para compartilhar com você a burrada. Mas na segunda, ele não conseguiu segurar: despejou o pânico de ficar pobre em cima de você, e aí você surtou”. Nomeio algo que ela percebe confusamente, mas ainda não sabe o que é, nem pode usar para pensar.

*Mas isso é uma interpretação transferencial?*

É duplamente transferencial. Quer ver? Primeiro, é preciso reconhecer que a relação comigo flui e por isso não teria cabimento forçar uma interpretação transferencial “puxando” o material para o aqui e agora. Por outro lado, há, sim, uma transferência acontecendo comigo. É a transferência da concepção de um objeto futuro a ser construído na situação analítica: um objeto que a ajude a simbolizar a experiência traumática que está sendo transferida para o marido. Já que estou sendo investida dessa maneira respondo *na transferência* conversando diretamente com a criança-nela.

*E o que aconteceu depois dessa interpretação?*

Caso tenha curiosidade, dê uma olhada no meu artigo “O pensamento clínico contemporâneo. Algumas ideias de René Roussillon” (Minerbo, 2013).

Ali eu trago a sequência deste material, que mostra como ela se apropria do que ouviu de mim: primeiro, associa com os *pitis* do pai e com a sogra. E na sessão seguinte relata uma cena com a sogra acontecida há 20 anos, análoga à cena com o marido (ambos representam o mesmo objeto interno), que acrescenta novos elementos e permite reconhecer a natureza da relação com o objeto primário traumatizante. A intensidade é tanta que parecia ter acontecido ontem – o que mostra que o material não foi transformado psiquicamente. Eu o escuto como sendo uma primeira forma de simbolização da experiência traumática. O próprio relato já é o começo de sua metabolização.

*Eu também tenho uma paciente que fica falando do marido. Fico meio perdido, achando que meu papel é ajudá-la a se conhecer melhor. Pergunto o que ela tem a ver com esses conflitos, tentando fazer com que fale de si mesma, em vez de falar dele. Ou, quando as coisas se repetem, tento mostrar-lhe que poderia aprender com a experiência.*

Conheço essa forma de trabalhar. Acho que são tentativas de aplicar a teoria diretamente à clínica – isso também é psicanálise aplicada! –, em vez de usar a teoria como pano de fundo para elaborar um pensamento a partir da clínica.

*Como seria isso? Você poderia esboçar um passo a passo? (risos)*

(risos) Só se você prometer que não vai usar isso como receita, e sim como inspiração... Vou tentar reconstruir os passos do pensamento que fui elaborando ao longo de alguns meses de trabalho com Marcia.

Passo 1: Mergulhar na clínica escutando seriamente o que a analisanda está dizendo. Sente ódio do marido porque deixou a calça na cama em vez de guardá-la no armário. Minha opinião pessoal sobre o casal não interessa, mas sim: qual o sentido disso? Não sei. Mas deve ter algum. Aguardo até que um esboço de sentido comece a se formar.

Passo 2: As repetições do mesmo vão desenhando um tema. Da primeira vez é ódio por causa da calça na cama. Depois, ódio por que ele esqueceu de comprar algo que ela pediu. Em seguida, ódio por causa dos quilos que ele engordou. No fundo, é sempre a mesma coisa, por isso vou chamar tudo de “calça na cama”. Isso já é um começo de pensamento clínico, pois me ajuda a escutar e a intervir.

Passo 3: De novo: qual o sentido dessas cenas que se repetem? Não sei, mas tento sintonizar com um sentido que ainda vai surgir. Nesse “modo” de escuta veja só o que vai aparecendo: um dia, calça na cama = autonomia do outro; alguns dias depois, calça na cama = ele não se importa comigo; ainda outra vez, calça na cama = ele abusa de mim porque sabe que vou guardá-la; depois, calça na cama = ele acha que pode tudo porque é um executivo importante, e eu não sou nada.

Passo 4: De repente, sem que eu tenha tido esta intenção, eu me descolo do conteúdo manifesto (calça na cama) e imagino que “importante” = figura parental abusadora; “nada” é como a criança abusada se sente diante dessa figura. De fato, é muito comum os pais atuarem com seus filhos de forma abusiva suas próprias questões inconscientes.

Passo 5: Também de repente, em associação àquilo que pensei sobre pais abusivos, me ocorre a paranoia, forma de ser e de sofrer na qual o elemento central é a questão do abuso do poder. Lembra-se do caso Schreber (Freud, 1911)? Lembra do ódio que ele sentia do médico, e depois de Deus, dois “importantes”, representantes da figura paterna, os quais, em seus delírios, queriam abusar do corpo dele? Depois descobriram que o pai de Schreber era um médico que traumatizou o filho (lembra da expressão “assassinato de alma” usada por Schreber em suas *Memórias*?) através de intervenções ortopédicas com aparelhos que mais pareciam de tortura (Niederland citado por Santner, 1997). Bom, a paranoia é a teoria que estudamos nos livros. É uma teoria *prêt-à-porter*, serve para a gente entender muitos pacientes. Mas não é para ser aplicada à clínica, e sim para funcionar como pano de fundo que organiza uma microteoria “sob medida” para Marcia, que está nascendo diretamente da clínica.

Passo 6: Imagino, mas não digo, que é a criança-em-Marcia que sente ódio do marido confundido/alucinado com um adulto paranoico abusador. O sentido do ódio se esclarece para mim. Esta é uma microteoria “sob medida” para ela. Com esse pensamento em mente retorno para a clínica com interpretações que, de alguma forma, vão ter a ver com tudo isso. Interpreto na transferência propondo um elemento-alfa, isto é, um sentido para o ódio que, até agora, era perfeitamente enigmático para ela. Se essa intervenção puder tocá-la, vai imprimir um novo rumo às associações e produzir material clínico com novas nuances. Novo mergulho na clínica (voltamos ao passo 1). O processo recomeça.

*Acho que você tem razão sobre eu tentar aplicar a teoria diretamente à clínica. Como acho muito difícil fazer o que você fez, e para evitar essa psicanálise aplicada, acabo abandonando completamente a teoria. Cria-se uma grande dissociação entre tudo o que estudei e o que faço na clínica. Acabo me limitando a apontar o que observo no aqui e agora, tentando fazer uma clínica “purificada” da teoria. Quando eu disse à minha paciente “você espera que eu resolva sua situação com o marido”, ela ficou furiosa e me acusou de não ajudá-la. Acho que estava certa. Nem me ocorria pensar que o marido, além de ser o marido, podia ser escutado também como sendo uma representação atual do objeto primário. Faz muito sentido pensar que é essa confusão entre passado e presente que gera tanto quiproquó entre eles.*

*Como lhe disse, a ideia de interpretar a transferência na transferência é nova para mim. Gostei do que você disse: que o analista passa a funcionar como*

*um novo objeto quando ajuda o analisando a dar sentido a um pedaço ainda vivo e mal-assombrado de sua história emocional. Lembro-me de um ou dois pacientes que interromperam a análise sem que eu entendesse o motivo: talvez eu não tenha conseguido sintonizar com a criança-neses, e nosso trabalho foi se esvaziando até acabar.*

*Enfim, entendi que é importante ser afetivo e ter continência, mas isso não basta para ajudar o paciente a se reposicionar diante de seus objetos internos e externos. É preciso ajudar a criança-no-adulto a desatar o nó que a mantém presa a seu objeto primário.*

O seu processo de descoberta me encanta e me comove. Para mim, o importante é estarmos sempre em processo. Fico feliz por ter sido útil. Foi um prazer compartilhar esse seu momento. Se você quiser, podemos voltar a conversar sobre outros temas.

#### **Transferencia: diálogo con un joven colega**

Resumen: En la forma de preguntas y respuestas, el texto intenta recuperar la amplitud del concepto de transferencia y su eficacia en la clínica. Siguiendo un fragmento de análisis como hilo conductor, la transferencia es concebida como la forma de ser y sufrir del “niño en el adulto”. La noción de interpretación transferencial es revisitada críticamente. La autora recurre a la noción de doble transferencia de Green y vuelve a las dos dimensiones de transferencia tal como fueron formuladas por Freud: intrapsíquica y intersubjetiva. Finalmente, la autora muestra su trabajo clínico con esas ideas interpretando la transferencia en la transferencia.

Palabras clave: transferencia, “el niño en el adulto”, interpretación transferencial, doble transferencia, transferencia intrapsíquica e intersubjetiva

#### **Transference: dialogue with a younger colleague**

Abstract: In the form of questions and answers, the text tries to recover the scope of the concept of transference and its importance in clinical practice. The author uses a clinical fragment to show how transference and the “child in the adult” are related. She critically revises the idea of transference interpretation. She uses Green’s idea of double transference to point out the two dimensions of transference as formulated by Freud: intrapsychic and intersubjective. Finally, she shows how she uses these ideas in her clinical practice by interpreting transference in the transference.

Keywords: transference, “child in the adult”, transference interpretation, double transference, intrapsychic and intersubjective transference

## Referências

- Barros, E. M. R. (2013). Transferência e interpretação transferencial. Texto distribuído aos membros da SBPSP e apresentado no quarto fórum organizado pela Diretoria Científica em 13 de junho de 2013. *Texto não publicado*.
- Bollas, C. (2006). De l'interprétation du transfert comme résistance à l'association libre. In A. Green (org.), *Les voies nouvelles de la thérapie psychanalytique*. Paris: PUF.
- Freud, S. (1980a). A interpretação dos sonhos. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 4). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1900)
- Freud, S. (1980b). Fragmento da análise de um caso de histeria. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 7). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905)
- Freud, S. (2010a). Recordar, repetir e elaborar. In S. Freud, *Obras completas* (P. C. de Souza, trad., Vol. 10). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1914)
- Freud, S. (2010b). Além do princípio do prazer. In S. Freud, *Obras completas* (P. C. de Souza, trad., Vol. 14). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1920)
- Freud, S. (2010c). Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia (*dementia paranoides*) relatado em autobiografia ("O caso Schreber"). In S. Freud, *Obras completas* (P. C. de Souza, trad., Vol. 10). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1911)
- Green, A. (2002). *Idées directrices pour une psychanalyse contemporaine*. Paris: PUF.
- Mínerbo, M. (2009). *Neurose e não neurose*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Mínerbo, M. (2012). *Transferência e Contratransferência*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Mínerbo, M. (2013). O pensamento clínico contemporâneo. Algumas ideias de René Roussillon. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 47 (2), 73-84.
- Rezze, C. J. (2013). Transferência e interpretação transferencial. Texto distribuído aos membros da SBPSP e apresentado no terceiro fórum organizado pela Diretoria Científica em 9 de maio de 2013. *Texto não publicado*.
- Roussillon, R. (2001). *Le plaisir et la répétition*. Paris: Dunod.
- Santner, E. (1997). *A Alemanha de Schreber*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Marion Mínerbo  
Rua Alcides Pertiga, 78  
05413-100 São Paulo, SP  
Tel: 11 3898 0074  
marion.mínerbo@terra.com.br

Recebido em: 2/11/2013

Aceito em: 12/11/2013