

A TRANSFERÊNCIA NA RELAÇÃO MÉDICO/PACIENTE VERSUS ANALISTA/ANALISANDO

Jossiele Fighera¹
Camila Souza Saccol²

RESUMO

A questão da transferência, tão importante para a psicanálise, está presente tanto na relação entre médico e paciente como na relação entre psicanalista e analisando. O presente trabalho constitui-se de uma revisão da bibliografia, tendo como principal objetivo fazer uma relação, levando-se em consideração principalmente os aspectos transferenciais, entre a prática médica e do analista. A partir das leituras baseadas em um referencial psicanalítico freudiano e lacaniano, buscou-se fazer um apanhado geral sobre esse tema e algumas considerações sobre a transferência nos diferentes níveis de atuação profissional. No decorrer desse trabalho, pode-se perceber que existe uma diferença fundamental entre a posição do médico e do psicanalista/psicoterapeuta com relação aos seus pacientes, pois a situação médica promove o tratamento do corpo físico, objetivando a sua cura; o analista, por sua vez, trata desse corpo e desse sintoma através da fala, intervindo na história do paciente e provocando efeitos terapêuticos por meio desse atravessamento. A transferência só acontece na relação com o outro, e este outro se faz presente através da subjetividade, pela presença do inconsciente, na medida em que o outro influencia na construção da subjetividade.

Palavras-chave: Transferência; Psicanálise; Medicina.

THE TRANSFERENCE ON DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP VERSUS ANALYST-PATIENT

ABSTRACT

The issue concerning transference, so important to psychoanalysis, is present not only in the doctor-patient but also in the analyst-patient relationship. The following work is founded on a bibliographical research which seeks a common ground between the doctor and psychoanalyst practice as far as transference is concerned. Having the psychoanalytical approach based on Freud and Lacan readings as a reference, this article attempts to cover this theme as well as to draw some possible considerations about the different professional situations in which transference takes place. Throughout this work, it was possible to notice an essential difference between the doctors's position in relation to his/her patients and the one taken by the psychoanalysts/therapists. That difference can be attributed to the fact that the medical situation provides the body treatment and aims at its cure while the psychoanalytical treatment, although aiming at this same body and symptom, do it through the speech, through interventions in the patient's history which will then have therapeutic effects. The transference alone happens in the relation with the other, and this other one becomes gift through the subjectivity, for the presence of the unconscious, in the measure where the other influences in the construction of the subjectivity.

Key words: Transference; Psychoanalysis; Medicine.

¹ Psicóloga. Mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Psicóloga Clínica do Hospital Municipal São José. Professora da Associação Catarinense de Ensino.

² Psicóloga. Especialista em Diagnóstico e Tratamento dos Transtornos do Desenvolvimento da Infância e Adolescência pelo Centro Lydia Coriat.

Introdução

A questão da transferência, tão importante para a psicanálise, está presente tanto na relação entre médico e paciente como na relação entre psicanalista e analisando. A partir do referencial psicanalítico freudiano e lacaniano, buscou-se fazer um apanhado geral sobre esse tema e algumas considerações sobre a transferência nos diferentes níveis de atuação profissional.

Para Freud (1905/1973), transferências são reedições, reproduções das moções e fantasias que, no decorrer da análise, podem tornar-se conscientes, mas contendo a característica de substituir uma pessoa anterior pela pessoa do médico. Isto significa dizer que toda uma série de experiências psíquicas prévia é revivida, não como algo pertencente ao passado, mas como um vínculo atual com a pessoa do médico. Para Freud, algumas dessas transferências em nada se diferenciam do seu modelo, no que se refere ao conteúdo, a não ser por esta substituição, sendo, portanto, apenas reimpressões, reedições inalteradas. Outras, no entanto, passam por uma moderação no seu conteúdo, podendo até tornar-se conscientes ao se apoiarem em alguma particularidade real aproveitada da pessoa ou das circunstâncias do médico, sendo, desse modo, edições revistas.

Ainda segundo Freud (1905/1973) “quando se penetra na teoria da técnica analítica, chega-se à concepção que a transferência é uma exigência indispensável. Na prática, pelo menos, fica-se convencido de que não há nenhum meio de evitá-la” (p. 111).

Para ele, o tratamento psicanalítico não cria a transferência, mas simplesmente a revela, como acontece com tantos outros fenômenos ocultos presentes na vida anímica.

A respeito da transferência, a teoria freudiana afirma que:

Esponaneamente, o enfermo só evoca transferências ternas e amistosas que contribuam para sua cura; não podendo ser esse o caso, ele se afasta o mais rápido possível, sem ser influenciado pelo médico que não lhe é “simpático”. Na psicanálise, por outro lado, de acordo com sua colocação diferenciada dos motivos, despertam-se todas as moções [do paciente], inclusive as hostis; mediante sua conscientização elas são aproveitadas para fins de análise, e com isso a transferência é repetidamente aniquilada (Freud, 1905/1973, p. 112).

Para Felippi (2002, p. 88):

A análise, como um sonho, é uma duplicação da experiência vivida que tenta dar conta da repetida e traumática incidência do real. Freud definia a transferência como uma “nova edição” de tendências e fantasmas anteriores. O que Lacan demonstra é que a repetição em causa na transferência se refere àquilo que é impossível de ser significado.

Conforme Sandler, Dare & Holder (1986), Freud empregou o termo transferência, pela primeira vez, ao relatar sua tentativa de obter de suas pacientes associações de palavras. O objetivo do método de tratamento consistia em o paciente descobrir, basicamente através de suas associações e reações afetivas, o elo entre seus sintomas e sentimentos presentes, de um lado, e, de outro, suas experiências passadas. Freud supunha que a “dissociação” das experiências passadas (e dos sentimentos ligados a elas) da consciência era um fator primordial na gênese da neurose. Observou que ocorriam mudanças nas atitudes do paciente com relação ao seu médico,

no curso do tratamento, e que essas mudanças, envolvendo intensos componentes emocionais, podiam causar uma interrupção no processo de associação verbal, resultando, muitas vezes, em consideráveis obstáculos ao tratamento.

Laplanche (1998), no entanto, nos traz que, na sua origem, a transferência não passa, para Freud, de um caso particular de deslocamento do afeto de uma representação para outra. Se a representação do analista é escolhida de forma privilegiada, é porque constitui uma espécie de “resto diurno” sempre à disposição do sujeito, e também porque este tipo de transferência favorece a resistência, pois a confissão do desejo recalçado se torna especialmente difícil se tem de ser feita à pessoa visada por ele.

Ainda segundo este autor, a transferência é entendida como o processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam sobre determinados objetos no quadro de um certo tipo de relação estabelecida com eles e, eminentemente, no quadro da relação analítica. Trata-se de uma repetição de protótipos infantis vivida com um sentimento de atualidade acentuada. A transferência é classicamente reconhecida como o terreno em que se dá a problemática de um tratamento psicanalítico.

A contribuição que Glen (1996) nos traz sobre o que Freud entendeu ao formular suas idéias a respeito da transferência, era de que o paciente busca repetir o seu passado em seu relacionamento atual com o analista e agir de acordo com ele. Freud reconheceu então, conforme esse autor, que o problema era manter dentro da esfera psíquica aqueles impulsos que o paciente queria traduzir em comportamento.

Em contextos de hospitalização e doença, a relação do paciente com o médico é um fator importante e que deve ser levado em consideração. De acordo com Coura (1996), o paciente exprime fantasias inconscientes atualizadas na figura do médico, no entanto, em função de uma série de razões, essas fantasias não poderiam ser ressituidas como criações do paciente, uma vez que o médico, de fato, pode exercer um poder que influencie de forma direta no seu destino. Ele pode lhe indicar uma cirurgia ou uma internação hospitalar, ou ainda comunicar o resultado de um exame cujo diagnóstico não seja muito favorável. Isto significa, para esse autor, que o médico pode efetivamente interferir no corpo e no psiquismo do paciente, exercendo modificações na realidade e/ou no mundo externo do doente, fazendo com que muitas das suas fantasias inconscientes ganhem um ar de concretude.

Nesse sentido, pode-se pensar na transferência como uma ilusão específica, conforme afirmam Sandler, Dare e Holder (1986). Ou seja, uma ilusão específica que se desenvolve em relação à outra pessoa e, que, desconhecida do sujeito, representa, em alguns de seus aspectos, uma repetição de um relacionamento com uma importante figura do seu passado. É importante enfatizar que isso é vivenciado pelo sujeito não como repetição do passado, mas como algo inteiramente apropriado ao presente.

Coura (1996) comenta ainda que, embora o paciente racionalmente saiba que todos os procedimentos realizados pelo médico visam curá-lo de sua doença, inconscientemente poderá ocorrer uma eventual mobilização de representações evocadoras de medo, angústia ou desespero – tanto diante da doença quanto diante dos procedimentos realizados com o objetivo de curá-lo. Sendo o médico o profissional concretamente presente (ou responsável) em tais procedimentos, esse profissional pode ficar confundido com o chamado perigo real (ou ameaça real) no psiquismo do paciente.

É importante ressaltar aqui a questão da transferência existente tanto na relação entre médico e paciente como na relação entre psicanalista e analisando. Na psicanálise a transferência assume importante papel nessas situações, sendo definida por Lacan (1964, p. 165) como “aquilo

que manifesta na experiência a atualização da realidade do inconsciente, no que ela é sexualidade.” Lacan ainda acrescenta que a transferência existe em todo lugar em que haja um Sujeito Suposto Saber.

Para Moura (2003), o médico é feito pelo reconhecimento do doente como sendo ele o responsável por curar a sua dor, ou seja, é endereçado ao médico um Sujeito Suposto Saber, um pedido de ajuda. Para o médico ocupar o lugar de Suposto Saber e não de certeza saber, ele precisa ter consciência não só do que o seu diploma autoriza, mas também saber sobre o desejo desse paciente. Ao adoecer, o sujeito demanda atenção e cuidados, cabendo ao médico escutar, acolher e, quando necessário, encaminhar, pois a doença pode aparecer como uma solução que o sujeito encontrou para um conflito psíquico.

Na relação entre médico e paciente o médico assume o papel de Sujeito Suposto Saber sobre o corpo do paciente, mobilizando a transferência, mas não operando com ela. O médico encarna essa posição, pois ele precisa saber sobre o paciente, precisa saber sobre esse corpo doente. Para Lacan (1964), na transferência estão incluídos, juntos, psicanalista e sujeito. Na situação de análise, o psicanalista também assume esta posição de Sujeito Suposto Saber, mas, ao contrário do médico, ele possui a condição de operar com a questão da transferência. Cabe a ele, conforme Gabbard & Westen (2003), ajudar o paciente a reintegrar aspectos de si mesmo que foram defensivamente negados através da identificação projetiva.

Para Moura (2000), o sujeito só fala para alguém que escuta, e na psicanálise é em torno do Sujeito Suposto Saber, no qual a transferência tem lugar, que se torna possível articular a pergunta à demanda como resposta. Segundo ela, o saber vai estar do lado da verdade, já que não se trata do Sujeito Dono da Verdade. Se o analista não se autoriza do lugar de mestre nem se adianta movido por sua própria divisão, pode apresentar, nas situações de urgência, um convite a trabalhar em hospitais.

Ainda segundo essa autora, é possível observar na prática a rapidez com que a transferência se instala em situações de urgência, e quando esta se instala o sintoma se situa no espaço da cura. Transferência na análise é amor que se dirige ao saber, trata-se de se perguntar sobre um saber que na urgência está lá como resposta antecipada. O sujeito vai precisar dar conta da resposta sobre a morte, a castração, antes de ter-se perguntado.

Para Mohallem e Souza (2000), o paciente, ao se encontrar com o analista, o coloca na posição de Saber. Sendo assim, o analista deve acolher essa demanda de amor, sem, no entanto, satisfazê-la. O analista, no encontro com o paciente, vai operar com a transferência, cabendo a ele, por meio da interpretação, manobrar a passagem dessa transferência para a transferência analítica. Isto significa colocar-se numa posição onde o Sujeito adentrado na psicanálise é levado a produzir, por sua própria palavra, o saber inconsciente. Trata-se da passagem da transferência de amor para transferência do saber.

Lourenço (2005), baseada nas idéias de Lacan, afirma que a transferência é o motor da análise quando o saber do analista constitui-se em uma suposição e não uma certeza. Esse caminho é contrário à idéia de um analista detentor do poder. O paciente supõe que o analista saiba sobre seu sofrimento, e, para obter esse saber, ele tenta, em um jogo de sedução imaginária, descobrir o que quer o analista. Dessa maneira, a transferência é um novo contexto para a pergunta que está na gênese do desejo humano: o que quer o Outro?

Segundo Soares (2000), cada um dos profissionais da equipe presente no hospital tem condições de suscitar a transferência, sendo que cada um irá manejá-la de acordo com suas possibilidades. No momento da instalação da transferência, o paciente colocará este outro que se aproxima dele no lugar do Outro que saber sobre ele e que pode fornecer respostas às

interrogações sobre seu sofrimento. Para esta autora, é comum haver uma perda do juízo crítico e uma entrega a uma instância ideal por parte do paciente, sendo um momento predominantemente imaginário.

Ainda de acordo com Soares (2000), o psicanalista, frente à dor e ao sofrimento desse paciente, oferece sua presença-testemunha, permitindo que esse lado de realidade humana possa ser acolhido, ouvido e articulado numa cadeia, para que seja elaborado simbolicamente.

Considerações Finais

Considerar a transferência é também considerar a presença do outro, como bem refere Conte (2004). A transferência só acontece na relação com o outro, e este outro se faz presente através da subjetividade, pela presença do inconsciente, e pela alteridade, na medida em que o outro influencia na construção da subjetividade.

A transferência, para a psicanálise, surge sempre que existir uma “expectativa” de saber no outro, sendo que isso ocorre por meio de uma relação assimétrica, marcada pela alteridade. Isso pode acontecer tanto na relação com o médico quanto com o psicanalista, porém existe uma grande diferença no que diz respeito à percepção e ao manejo por parte desses profissionais.

No decorrer desse trabalho, pode-se perceber que existe uma diferença fundamental entre a posição do médico e do psicanalista/psicoterapeuta com relação aos seus pacientes. A situação médica promove o tratamento do corpo físico, objetivando a sua cura. É um ato concreto (apalpar, auscultar) sobre um corpo concreto, sendo que o manejo do médico não pode considerar a transferência como um objeto de trabalho. Já a função do psicanalista é tratar desse corpo e desse sintoma através da fala, intervindo na história do paciente e provocando efeitos terapêuticos por meio desse atravessamento.

Referências Bibliográficas

- Conte, B. (2004). Reflexões sobre o Método e a Metodologia em Psicanálise. *Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul*, 1 (3), 6-10.
- Coura, R. (1996). *A Psicanálise no Hospital Geral*. São Paulo: Sarvier.
- Felippi, M.C.P. (2002). Medo de Transferência. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, 22, 86-93.
- Freud, S. (1905/1973). Analisis fragmentário de uma histeria (caso Dora). In *Obras Completas*. Tomo I. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Gabbard, G.O. & Westen, D. (2003). Repensando a ação terapêutica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25(2), 257-273.
- Glen, J. (1996). *Psicanálise e Psicoterapia de Crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Laplanche, J. (1998). *Vocabulário de Psicanálise Laplanche e Pontalis*. São Paulo: Martins Fontes.
- Lacan, J. (1964). *O Seminário, livro 11: Os Quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- Lourenço, L.C.A. (2005). Transferência e Complexo de Édipo, na Obra de Freud: notas sobre os destinos da transferência. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18 (1),143-149.
- Mohallem, L.N. & Souza, E.M.C.D. (2000). Nas Vias do Desejo. In M.D. Moura (Org.). *Psicanálise e Hospital* (p. 17-30). 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter.
- Moura, M.D. (2000). Psicanálise e urgência Subjetiva. In M.D. Moura (Org.). *Psicanálise e Hospital*. (p. 3-15). 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter.
- Moura, G.C.M. (2003). Urgência Subjetiva e Tempo – o que é isto? In M.D. Moura. (Org.). *Psicanálise e Hospital -3. Tempo e Morte – da Urgência ao Ato Analítico*. (p. 17-21). Rio de Janeiro: Revinter.
- Sandler, J.; Dare, C. & Holder, A. (1986). *O paciente e o analista*. Rio de Janeiro: Imago.
- Soares, C.P. (2000). Uma Tentativa Malograda de Atendimento em um Centro de Tratamento Intensivo. In M.D. Moura (Org.). *Psicanálise e Hospital*. (p. 41-48). 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter.

Endereço para Correspondência:

Rua Euzébio de Queiroz, 499/403
Atiradores – Joinville/SC
CEP 89203-100
Endereço Eletrônico: jossiele@terra.com.br

Recebido em 27/8/2007
Aceito para publicação em 29/12/2008