

Transferência, repetição, falta, sublimação

Transference, Repetition, Lack, Sublimation

*Franklin Goldgrub**

Resumo

O presente artigo debate a definição do conceito de transferência bem como o papel que a transferência tem desempenhado na prática psicanalítica, propondo um novo enfoque centrado nas noções de sublimação, de desejo (Freud) e de falta (Lacan).

Palavras-chave: *transferência, método, linguagem, sujeito, sublimação.*

Abstract

This paper debates the definition of the transference concept, as well as its role in psychoanalytic practice and proposes a new approach centered on the concepts of sublimation, desire (Freud) and lack (Lacan).

Keywords: *transference, method, language, subject, sublimation.*

Conteúdo que se tornou por excelência o alvo da escuta psicanalítica, a transferência parece desafiar qualquer comentário que, ironicamente, não seja uma repetição do que já foi dito e escrito a respeito.

De ponto de vista da prática clínica, a ênfase concedida ao tipo de relação estabelecida com o analista substituiu ou colocou em segundo plano a interpretação das associações livres, que por sua vez havia tomado o lugar dos relatos sobre eventos traumáticos ocorridos na infância.

A ênfase nas expectativas transferenciais parece amalgamar o passado (origem dos sentimentos dirigidos ao analista) e o presente, prometendo

* Professor titular da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde, Curso de Psicologia, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. E-mail: azulgrana@uol.com.br

o conhecimento das causas subjacentes aos conflitos e simultaneamente a possibilidade de modificá-los, malhando no ferro quente do *hic et nunc* das sessões.

Assim como a teoria do trauma (ou da sedução) supunha uma espécie de *imprinting*, capaz de influenciar decisivamente a atitude do adulto perante o erotismo devido aos abusos que teria sofrido na infância, a transferência desloca esse papel etiológico para as primeiras formas de vínculo afetivo, independentemente de seu eventual caráter traumático.

O(s) acontecimento(s) traumático(s) suposto(s) pela primeira hipótese freudiana enquanto causa dos conflitos neuróticos cederá(m) assim seu lugar a padrões afetivos criados a partir das relações primárias.

A infância conservou seu papel de etapa decisiva, mas desta vez enquanto matriz dos futuros relacionamentos. Os efeitos das relações primárias concebidos a partir da noção de transferência ultrapassam a esfera da vida erótica, epicentro da teoria do trauma, embora se mantenham restritas ao âmbito da afetividade.

Tudo se passa como se a teoria do trauma/sedução houvesse sido revista e ampliada para abranger a totalidade dos sentimentos e emoções, limitando a importância concedida pela teoria do trauma à sexualidade *stricto sensu*.¹

Dirigir a atenção para a emotividade presente na situação analítica representou um ganho considerável em relação ao privilégio outrora concedido à memória, aspecto central na teoria do trauma. A constatação da inverossimilhança padecida pelas recordações sobre a infância teve como primeira consequência a elaboração do conceito de fantasia. Na sequência, a recuperação da memória ‘verdadeira’ da infância foi atribuída à sua manifestação indireta representada pelas expectativas transferenciais depositadas no analista, espécie de prova documental da relação entre os conflitos do adulto e sua origem infantil.

1 Essa, aliás, é a hipótese de Jean Laplanche, que compara a passagem da primeira à segunda hipótese freudiana às duas teorias de Einstein sobre a relatividade, a restrita e a generalizada.

O acontecimento único e/ou a situação excepcional, a cujos relatos Freud havia concedido o benefício da dúvida antes de colocá-los sob suspeita, capitularam perante a descoberta do imaginário infantil enquistado no adulto.

Em decorrência, Freud percebeu a importância, ou mesmo a imprescindibilidade, de elaborar uma teoria da personalidade.

A constatação de que o modo de relação estabelecido entre a criança e seus responsáveis (quer pais biológicos ou adotivos, quer profissionais de instituições) constituiria a matriz da vida afetiva, conduziu inicialmente à suposição de que o processo eficaz na formação da identidade seria a educação.

O adulto passava assim de abusador/sedutor para o papel de educador (geralmente severo, embora eventualmente permissivo), conservando a responsabilidade pelos futuros conflitos. Mas a modificação mais importante, em relação à hipótese anterior consistiu em que o comportamento afetivo seria função da personalidade e não de evento(s) traumático(s).

As primeiras conceituações acerca do superego efetivamente enfatizaram os efeitos opostos da repressão e da permissividade — considerados causas dos futuros conflitos neuróticos e atitudes perversas (as últimas sendo caracterizadas não pela divisão interna, mas por formas bizarras de atividade sexual).

Entretanto, Freud percebeu que entre as normas conscientemente veiculadas pelos educadores e os respectivos efeitos na personalidade em formação há diferenças consideráveis — quer se manifestem de maneira conspícua ou sutil, em maior ou menor grau. Essas diferenças, que conduzirão à elaboração do conceito de identificação, absolutamente central na última teoria da personalidade (ou do sujeito) freudiana, foram inicialmente pensadas no âmbito do confronto entre valores morais e impulsos, auto-crítica e fantasias, aprovação social e afetividade.

Dicotomias que foram por sua vez enquadradas na oposição natureza/cultura, inato/adquirido, biologia/ambiente.

A ênfase concedida à nosografia se prestou a avaliar uma concepção semelhante, pautada pela categorização dos conflitos. O modelo da

nosografia médica, aplicado à psicanálise, expressou-se pelo diagnóstico, relacionado tanto aos sintomas propriamente ditos como às modalidades de conflito presentes nos relacionamentos.

A prática psicanalítica típica debruçou-se sobre o padrão das relações afetivas, que foi acrescentado aos sintomas considerados característicos de cada conflito, ampliando dessa maneira o campo do diagnóstico. Termos como ‘neurótico’ (ou, de forma mais precisa, ‘obsessivo’, ‘histérico’, ‘fóbico’) e perverso (eventualmente ‘masoquista’, ‘sádico’, ‘exibicionista’, ‘voyeurista’, ‘fetichista’, etc.) tornaram-se ainda mais frequentes na prática psicanalítica e passaram a ser relacionados às expectativas afetivas depositadas no analista.

A associação entre a concepção transferencial (definida como repetição de padrões de relacionamento estabelecidos na infância) e o diagnóstico (neurose/perversão/psicose), deu lugar a um modelo de prática clínica centrada na noção de cura, definida pela superação das repetições, cujas manifestações seriam captadas na relação com o analista.

Cabe lembrar que a dicotomia neurose/perversão², concebida de acordo com o cânone vigente, tinha por implicação que o ‘perverso’ jamais buscaria a análise (a não ser, talvez, para sabotá-la), visto não apresentar conflitos internos. Raciocínio que aproximou a perversão, conforme definida pela psicanálise, da ‘psicopatia’, cuja característica central, segundo a psiquiatria, seria a ausência de culpa. Mesmo sem a implicação de que perversão e psicopatia fossem sinônimos, não obstante a vizinhança entre essas categorias nosográficas permanece significativamente associada à suposição de que ambas retratariam falhas no processo de formação do superego.³

A psicanálise, enquanto prática terapêutica, consagra-se à neurose, atribuída às consequências negativas — espécie de efeito colateral — da proibição dirigida ao objeto incestuoso, proibição que invadiria a esfera do prazer, contaminando-o com o sentimento de culpa. A última conceituação de neurose desenvolvida por Freud descreve o comprometimento dos

2 Em que a psicose integraria teoricamente a definição de conflito, mas, sendo caracterizada pela ausência (ou negatividade) da transferência, ficaria excluída da prática psicanalítica

3 Aqui haveria uma discussão a ser feita acerca da aceitação ou da contestação, por parte da psicanálise, do conceito de psicopatia, tema do qual este artigo não teria como ocupar-se.

relacionamentos em função da vivência edípiana, que se manifestaria simultaneamente mediante a exigência de incondicionalidade afetiva (ausência de limite) e a auto-punição inerente. À divisão interna, descrita pela segunda tópica, (id x superego), seria atribuído o papel central no conflito.

Em termos da prática clínica, a transferência redefine o papel do analista, encarregado agora de apontar e corrigir as repetições do paciente. Os respectivos sintomas e/ou dificuldades são pensados enquanto efeitos da instalação de modos estereotipados de relacionamento, construídos a partir das vivências na família (ou na instituição), configurando um padrão que implicaria em modalidades afetivas caracterizadas por atitudes anacrônicas, atribuídas à não modificação (por “aderência” da libido) das fantasias edípianas.

O MODELO MÉDICO

As implicações do comentário freudiano de que o conflito não tem um caráter absoluto mas se manifesta gradativamente parece ter escapado a uma inquirição mais atenta. Que tenha passado em branco, pelo menos em relação às implicações, talvez se deva a que a impregnação do modelo médico sobre a teoria, a prática e a epistemologia deixou de ser notada, ou, mais ainda, foi coonestada, mesmo se através de enfoques diferentes, pelas correntes psicanalíticas contemporâneas.⁴

Entretanto, a dicotomia saúde/doença, tão central em medicina⁵, dificilmente poderia ser aceita como parâmetro para caracterizar a clínica psicanalítica, na medida em que o conceito de norma é inaplicável ao que quer que se entenda por personalidade. Houve um tempo em que a corrente majoritária do movimento psicanalítico julgou-se capaz de definir “normalidade” — no caso, como capacidade de amar e trabalhar. Ainda que poucos se atrevam hoje a tais comentários normativos, a atitude subjacente, ou

4 Inclusive, curiosamente, pela escola lacaniana. Thomas Szasz (1975), nesse sentido, é uma exceção (cf. A ética da psicanálise), mesmo que alguns de seus argumentos possam ser questionados.

5 E nesse sentido objeto de uma notável análise por parte de Georges Canguilhem (1986) (cf. *O normal e o patológico*).

seja, a busca de algum critério para definir a ‘cura psicanalítica’, permanece vigente, e tem-se apoiado fundamentalmente na aferição das modificações constatáveis na relação transferencial, às quais costuma ser atribuído o papel de julgar o êxito da ‘terapia’.

Poder-se-ia observar inicialmente que outorgar ao psicanalista o direito de avaliar a respectiva atuação não teria como escapar à objeção clássica — a parte interessada está impedida de julgar. Obviamente, também o ‘paciente’ é parte interessada e, como se sabe, além dos dois protagonistas, não há quem possa testemunhar acerca do que acontece nas quatro paredes feitas de sigilo. Segundo a perspectiva médica, evidentemente, é absurdo não poder avaliar uma intervenção terapêutica. A psicanálise enfrenta — ou poderia enfrentar — essa crítica argumentando a partir da sua especificidade, mas a permanente busca de algum critério de cura parece demonstrar que a independência face ao modelo médico é muito mais proclamada do que efetivamente praticada.

A avaliação da *démarche* psicanalítica parece realmente impossível. Sequer os “sintomas” da neurose (/perversão), que enquadrariam a queixa responsável pela decisão de empreender uma análise, podem ser confirmados objetivamente. Nem sua existência nem tampouco sua eventual superação teriam como ser aferidos através de observação, mensuração ou processos similares. A associação livre impacta a escuta em função do respectivo sentido, não do seu caráter informativo.

Combinar sentido e informação, desse ponto de vista, é tão impossível, em relação á escuta psicanalítica, como misturar azeite e água.

Assim, tomar a modificação da relação transferencial como critério de eficácia é duplamente questionável, tanto porque infringe a norma de que a parte interessada está incapacitada para julgar, como devido a que as expectativas afetivas depositadas no psicanalista só podem expressar-se — como aliás qualquer outra manifestação do paciente — pela associação livre. Esta, por sua vez, não se presta a qualquer tipo de avaliação objetiva, visto que a respectiva interpretação se apresenta enquanto hipótese acerca do respectivo sentido, cuja eventual confirmação ou impugnação por parte do paciente não será ouvida senão como continuação das associações livres.

A intenção de subtrair-se à férrea lógica do método conduziria à tentativa de “ler” aspectos emocionais não expressos verbalmente (como choros, gritos, risos, exclamações, etc.) enquanto manifestações mais autênticas do que as associações. Essa atitude implicaria em atribuir significados a partir do referencial pessoal, ou seja, de acordo com a escala de valores do próprio psicanalista.

Reconheça-se, porém, que o método interpretativo tampouco é imune ao questionamento — o risco da contaminação subjetiva não deixaria de estar presente na atenção flutuante. A contra argumentação diria que o método clássico foi elaborado exatamente para proteger a escuta da subjetividade. Evidentemente, trata-se de demonstrá-lo, o que, infelizmente, escapa à temática do presente texto.⁶

Segue-se que a exigência de avaliar o trabalho psicanalítico definindo-o como “terapia” tem como consequência a reaproximação entre psicanálise e medicina. Herança da origem médica, a expressão “saúde mental” manteve-se enquanto referência mais ou menos oculta mas sempre presente no horizonte psicanalítico, tão sofisticada quanto possam ser as respectivas redefinições. Essa situação traduz a dificuldade do psicanalista em assumir a sua prática como inteiramente dependente da linguagem. A transferência, com suas conotações de afetividade e adequação nos relacionamentos, resulta na estipulação de um critério de avaliação pautado pelo conceito de cura.

A razão disso é que se o método clássico (associação livre, atenção flutuante) destitui o paciente da condição de informante (algo bem diferente do que acontece na prática médica alopática)⁷, às manifestações transferenciais, tal como significadas pelo psicanalista, é atribuída a função de “radiografar” a afetividade do paciente, isto é, a sua capacidade de estabelecer relações objetivas “saudáveis”, menos conflituosas (menos imaturas, impulsivas, infantis, edipianas...)

6 Essa discussão constitui uma das principais questões abordadas em *A Metáfora Opaca*.

7 Mesmo que os exames de laboratório sejam encarregados de testar e/ou objetivar a queixa, é a partir dela que se põe em marcha o diagnóstico médico.

Se os comentários anteriores forem plausíveis, a entronização do conceito de transferência como alvo da escuta e principal testemunho dos efeitos da análise dever-se-ia em grande parte à dificuldade em aceitar a impossibilidade de avaliar o processo psicanalítico.

Mas o papel desempenhado pela transferência na prática psicanalítica é apenas parte do problema decorrente da concepção canônica desse conceito.

Igualmente importante é o exame crítico da sua definição habitual: padrão de afetividade construído a partir das vivências infantis, fundamentalmente as edípicas, cujas consequências se expressariam nas futuras relações objetivas.

TRANSFERÊNCIA E PERSONALIDADE

A definição de transferência, por sua vez, depende do enfoque de personalidade vigente na teoria psicanalítica.

Freud elaborou pelo menos três concepções sobre a personalidade. A primeira enfatiza a importância da fixação e da regressão da libido às duas primeiras fases da sexualidade infantil. O segundo relaciona-se à primeira versão do complexo de Édipo, ainda desvinculada das fases da sexualidade infantil. Apenas a partir da conceituação da fase fálica, núcleo da terceira teoria freudiana da personalidade, proposta em 1923, dezoito anos depois da publicação de 'Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade', é que o Édipo é integrado à teoria do desenvolvimento da libido.

Anteriormente à fase fálica, o Édipo era pensado por Freud através da dicotomia 'permanência/superação', dando lugar às alternativas neurose/perversão ou saúde mental.

Durante a vigência do primeiro Édipo, os conceitos de fixação e regressão foram 'deslocados' para as relações familiares, com o que a importância concedida às duas primeiras fases do desenvolvimento da libido caiu a segundo plano. A inclusão do Édipo na fase fálica resulta numa modificação ainda mais importante da teoria freudiana da personalidade, relacionada por sua vez a uma transformação crucial no conceito de inconsciente.

Essa transformação transpõe para o plano teórico algo que Freud já havia constatado no terreno metodológico. Inicialmente considerado análogo a um depósito de representações recalçadas e/ou erupções isoladas de sexualidade e agressividade, todas elas decorrentes da experiência infantil, ‘inconsciente’ é redefinido agora como produção de sentido que a consciência expressará metaforicamente de maneira incessante.

Não por acaso as três instâncias da segunda tópica serão relacionadas à produção de sentido inconsciente.

A argumentação relativa a essa nova definição encontra-se em “Uma nota sobre o inconsciente em psicanálise”, de 1912, em que a acepção sistemática é referida ao estudo dos sonhos. Entretanto, esse notável artigo não teve efeito imediato em relação à teoria da personalidade vigente naquele momento (ou seja, a primeira versão do Édipo), e precisará esperar até a formulação da segunda tópica (1923)⁸.

Por surpreendente que seja, cabe reconhecer que a complexidade da psicanálise faz com que a atualização da sua rede conceitual, requerida pela transformação de uma noção fundamental, aconteça de maneira defasada, ou não aconteça. Nesse caso, a tarefa é transferida aos leitores de Freud.

Tudo se passa como se a concepção de inconsciente elaborada em “A Interpretação dos Sonhos”, cujo papel havia ficado inicialmente restrito à prática clínica (metodologia), tardasse algumas décadas até tornar-se finalmente a versão oficial adotada pela teoria do sujeito (personalidade).

Durante o esboço da primeira teoria freudiana da personalidade, a aderência da libido às fases oral e anal constituiu a base de uma hipótese nosográfica que vinculou a primeira à histeria e a segunda à neurose obsessiva. Essa hipótese herda a lógica subjacente à teoria do trauma, que explicava as duas neuroses pela atitude passiva ou ativa do protagonista no evento traumático. Diferentemente da teoria do trauma, porém, a hipótese da sexualidade infantil atribui à criança um erotismo intrínseco, cuja base seria orgânica (excitação das regiões corporais ligadas à alimentação e à excreção) e cuja magnitude variaria em função da disposição constitucional.

8 Cf. *O Ego e o Id* (1923).

O caráter biológico dessa hipótese se acentua ainda mais em função da respectiva concepção de libido, definida como ‘energia psíquica de origem sexual’. Em compensação, mesmo nesse momento, Freud reconhece a proeminência do prazer sobre a satisfação, ao assinalar que a transformação do organismo em corpo erótico ocorre já no início da vida.

No âmbito de uma teoria da personalidade, a referida hipótese tem alcance restrito, visto relacionar-se a uma sintomatologia limitada (conflitos neurótico/perversos, que se manifestariam como perturbações do erotismo). Esse quadro muda substancialmente quando Freud acrescenta à sexualidade infantil a dimensão da afetividade, pensada inicialmente através dos conceitos de auto-erotismo e perversidade polimorfa. A articulação entre complexo de Édipo e fase fálica traz a primeiro plano a noção de fantasia (fantasias originárias e teorias sexuais infantis).

Diferentemente, a primeira versão do complexo de Édipo (anterior à fase fálica), cujo enfoque é empírico, acentuava a importância das vivências familiares. Nessa descrição inicial, a repressão e a permissividade, ou seus excessos, são considerados responsáveis pelas características predominantes dos futuros relacionamentos amorosos. O papel fundamental em relação à construção da escola de valores era concedido à educação. A contraposição entre as exigências afetivas infantis e o seu manejo seria responsável pela configuração da matriz afetiva e sexual da vida adulta.

A aferição das fantasias típicas da fase fálica⁹, às quais são incorporadas as teorias sexuais infantis¹⁰, identificadas por Freud já em 1908, bem como a elaboração do conceito de identificação, em substituição ao de educação, imprimirão modificações cuja importância justifica afirmar que a última versão freudiana do Édipo constitui uma nova teoria da personalidade.

Em acréscimo, pode-se dizer que o Édipo da fase fálica constitui o esboço de uma teoria do desejo. Em “Análise Terminável e Interminável” (1937), Freud complementa as elaborações feitas em quatro artigos

9 Sedução, castração, cena primária.

10 Nascimento cloacal, coito sádico, universalidade do falo.

anteriores¹¹, escritos na esteira de “Organização Genital Infantil”¹². Trata-se, desta vez, de pensar se há critérios para estipular que um processo de análise chegou ao fim.

Nesse artigo, em que é examinada concomitantemente a questão da avaliação da análise, Freud conceitua o “rochedo da castração”, metáfora da dificuldade em aceitar a inexistência do objeto capaz de “fechar” a ferida desejante, tendo por implicação que a terapia psicanalítica encontra aí um limite intransponível.

(Se o ‘rochedo da castração’ for traduzido no âmbito da teoria da falta, teríamos o seguinte: a relação com a falta sempre resultaria em algum grau de conflito, não importa quão eficaz tenha sido o processo de análise).

A argumentação volta a centrar-se nos conflitos relacionados à “inveja do pênis” e ao “complexo (medo) de castração”, conceitos centrais da última versão freudiana do Édipo.

Embora a suposição de que essas fantasias distinguiam os gêneros em consequência da “diferença anatômica” tenha um caráter inquestionavelmente biológico, os quatro artigos sobre o complexo de Édipo acima citados avançam decisivamente na definição do desejo como falta. (O passo fundamental dessa inovação teórica deve-se a Lacan, que ultrapassa a noção de ‘perda do objeto incestuoso’, para referir a incompletude à linguagem). A realidade humana (realidade psíquica) é assim caracterizada por uma busca tão incessante como vã.

A SUBLIMAÇÃO

Tanto o efeito da terapia psicanalítica como as expectativas canalizadas para o seu representante (que a concepção lacaniana descreve como transferência dirigida ao “sujeito suposto saber”) ficariam sujeitas ao limite da impossibilidade de superar plenamente os efeitos da condição desejante.

Ainda que com argumentos diferentes, Freud e Lacan subordinam o desejo ao conflito e parecem dar pouca importância à questão do grau,

11 *Algumas consequências psíquicas da diferença anatômica entre os sexos* (1924), *O declínio do complexo de Édipo* (1925), *Sexualidade Feminina* (1931) e *Feminilidade* (1932)

12 (1923), que pode ser considerada a certidão de nascimento da fase fálica.

quer se expresse pela superação de sintomas ou por sua atenuação. Lacan estipula como critério de fim da análise a transformação do analisando em analista (independentemente da intenção de exercer). Tratar-se-ia talvez da prova de uma “conversão”. O antigo crente na completude se transformaria agora em servo do inconsciente — sacerdote convicto de que a resignação perante o inescrutável é a única — ou a melhor — atitude possível.

O alardeado pessimismo freudiano (“a análise pode apenas retirar o paciente do inferno da neurose para depositá-lo na miséria do cotidiano”) associa-se assim ao não menos proclamado niilismo lacaniano para caracterizar a psicanálise enquanto teoria “noir”.

A admissão de que algum grau de felicidade seria acessível ao Sísifo perseguidor do inalcançável é considerada uma traição ao ideal consubstanciado no ceticismo adornado de irônico escárnio, veiculado com frases de efeito (marca registrada lacaniana), ritualmente aclamadas por seu público cativo.

Não há como deixar de atribuir essa concepção ao monopólio que a noção de conflito exerce sobre o *ethos* psicanalítico. A recusa da noção de saúde (ou “equilíbrio”, ou qualquer eufemismo equivalente), perfeitamente compreensível no âmbito de uma teoria da personalidade centrada no desejo, não justifica porém a ideologização da psicanálise segundo os parâmetros do niilismo militante.

A radicalização da noção de desejo através do conceito de falta, em que o objeto perdido freudiano é inserido numa terra de ninguém onde a linguagem separa incessantemente o sujeito do seu alvo inatingível, parece ter oferecido o pretexto perfeito para interpretar a incompletude como tragédia (menos épica que banal), mascarada por um otimismo ingênuo.

A emancipação da sublimação do seu estatuto inicial de mecanismo de defesa, gesto devido a Freud, não foi suficiente para que pudesse ser reconhecida como estrutura participante da condição desejante, responsável por uma modalidade de relação objetal em pé de igualdade (embora simetricamente oposta) com as manifestações do conflito.

Contudo, não somente a experiência clínica, as vivências pessoais e as realizações científicas e artísticas¹³, mas igualmente uma inquirição rigorosa do conceito “realidade psíquica”, pode mostrar que o mesmo não se restringe às manifestações conflitivas, decorrentes da neurose, da perversão e da psicose.

O próprio trabalho do psicanalista, se focalizado através da concepção de conflito, se revelaria não somente irrealizável mas também decorrente de uma pretensão absurda... o mesmo valendo para a teoria psicanalítica (e qualquer teoria científica).

A relação entre sintoma e sublimação, ambos fenômenos inconscientes, é antitética. A implicação é que o “inconsciente” não pode ser definido exclusiva (nem principalmente) enquanto produtor de sintomas (ou conflitos).

Desse ponto de vista, não há qualquer mistério com referência à definição do efeito atribuível à terapia psicanalítica, na medida em que a relação antagônica entre as modalidades conflitivas (neurose, perversão, psicose) e a sublimação permite descrever a respectiva articulação mediante a metáfora dos vasos comunicantes.

A diminuição dos conflitos acarreta necessariamente o aumento da sublimação¹⁴, na medida em que a relação com a falta se altera em consequência do procedimento interpretativo. Essa constatação parece subjazer a um comentário feito por Freud em “Recomendações...”, no qual são criticadas atitudes “educativas” ou relativas à cooperação intelectual. O texto afirma que procedimentos baseados nos valores (ou seja, na consciência) do analista são contraprodutivos, visto alimentarem expectativas transferenciais. Em outras palavras, a atitude para com o objeto do desejo não se altera senão em virtude das modificações ocorridas na relação antagônica entre conflito e sublimação.

13 Às quais a sublimação não se restringe, embora constituam suas manifestações mais chamativas.

14 E vice-versa, caso haja um aumento de conflito (recalque).

Qualquer intenção terapêutica (*furor sanandis*) prejudicaria a atenção flutuante, ou a ‘memória inconsciente’, como dizia Freud, à qual o psicanalista deveria abandonar-se como condição necessária para a interpretação das associações livres.

A renúncia à intenção terapêutica estende-se para além da situação clínica, e invalida qualquer avaliação retrospectiva do próprio trabalho.

Desse ponto de vista, a associação livre se definiria como manifestação da relação com a falta, expressa metaforicamente. A interpretação operaria como ‘desmetaforização’, termo que designa a tradução do sentido inconsciente em significação consciente. Isso ocorreria sessão a sessão, ou seja, metonimicamente — em que a parte (cada conjunto de associações livres) — representaria sempre parcialmente o todo inatingível (a identidade).

Por outro lado, a relação antagônica entre conflito e sublimação permite descrever o efeito da psicanálise para além da tradicional conceitualização relativa à passagem de representações inconscientes para a consciência ou da superação da infantilidade mediante a transformação das expectativas transferenciais — embora não seja incompatível com as mesmas.

A transformação na relação com a falta não tem como ser aferida pelo próprio psicanalista. Ela cabe ao ‘paciente’, a partir do seu ‘foro íntimo’, algo que tampouco pode ser tido como prova objetiva.

Portanto, a avaliação permanece impossível, apesar da eventual visibilidade de seus efeitos (visibilidade que nunca deixa de constituir uma ‘interpretação’ no sentido fraco do termo, ou seja, uma ‘opinião’, porque sem base metodológica). Uma avaliação desse tipo não deixa de ter certo valor empírico (que por sua vez explicaria a demanda por psicanálise), mas seria ilícito outorgar-lhe um estatuto teórico.

A relação com a falta não é sinônimo de sofrimento, visto que a criatividade (em qualquer esfera da ação humana, não apenas arte e ciência) se define precisamente pela criação do objeto, atitude antitética em relação ao lamento pela sua ausência.

A perda do objeto incestuoso (Freud) e/ou a impossibilidade da completude (Lacan) não se expressariam unicamente mediante os conflitos (neurose/psicose/perversão) mas comportariam igualmente a possibilidade da sublimação (em que a falta se manifesta através do prazer).

O objeto da sublimação não metaforiza a completude, diferentemente daquele que define a relação marcada pelos conflitos. Se a neurose pode ser compreendida como fuga, a perversão enquanto dependência e a psicose como tentativa de ruptura com o objeto de desejo, é preciso reconhecer que a relação com a falta não se restringe a essas manifestações. A sublimação mostra que existe a possibilidade de uma relação (com o objeto de desejo) simetricamente oposta às anteriores.

TRANSFERÊNCIA E FALTA

A teoria da transferência centrada na segunda versão freudiana do Édipo, que constitui por sua vez sua última teoria da personalidade, não incorporou a redefinição do conceito de sublimação.

Trata-se de mais um exemplo da acima mencionada defasagem entre a modificação ocorrida em uma noção de importância capital e a sua absorção pela rede conceitual pré-existente.

Em decorrência, a concepção de personalidade subjacente à teoria psicanalítica continua restringindo a função do superego a seus efeitos conflitivos na neurose e na depressão, bem como à sua falha estrutural na paranóia.

A teoria atual da transferência permanece subordinada a essa concepção, à qual Lacan acrescentou o papel do superego na perversão, mediante o reconhecimento da compulsão ao “gozo” (ou seja, à transgressão, definida conforme a escala de valores do sujeito e portanto sem qualquer relação com as regras sociais).

Na abordagem kleiniana, a transferência tem por base as relações estruturadas durante as posições esquizo-paranóide e depressiva (primeiro ano de vida), momento para o qual o Édipo freudiano, inclusive o conceito de superego, é retroagido.

O reconhecimento do papel estrutural da sublimação na relação com o objeto implica no questionamento da definição oficial de superego.

Caberia definir o superego como constatação da existência do desejo do outro. Essa constatação se expressa, em graus diferentes e sob diversos aspectos, mediante os conflitos neurótico/perversos e o não conflito sublimatório.

A mesma perspectiva obriga à redefinição do conceito de 'ego'. Decorrente da aquisição de linguagem, o ego se caracteriza como emergência do desejo próprio.¹⁵

Cabe lembrar que as diferentes modalidades de relação com o outro estão presentes lado a lado em todo sujeito¹⁶, independentemente da questão do respectivo grau e da respectiva configuração, o que torna o diagnóstico tão impraticável como a avaliação do processo analítico. (Trata-se, aliás, da mesma questão, vista de dois ângulos diferentes).

Em suma, o superego, ou seja, a forma pela qual o sujeito se relaciona com a falta (isto é, com o desejo do outro), comporta, além dos conflitos neurótico/perversos, também a escala de valores e o tipo de relação consubstanciados pelo conceito de sublimação.

As implicações dessa hipótese em relação à definição de transferência são significativas. Uma teoria da personalidade centrada na falta tem por implicação que o superego, descrito enquanto relação com o desejo do outro, inclui as modalidades conflitivas (neurose e perversão) tanto como a não conflitiva (sublimação), além da possibilidade da rejeição da relação (ou seja, o surto psicótico, que abala, de formas diferentes, conforme suas modalidades, a posição de sujeito).

No que se refere à psicose, a rejeição (recusa, forclusão)¹⁷ da relação não tem por implicação a erradicação da falta, mas o eclipse do outro (enquanto objeto externo), cuja função passa a ser exercida pelo outro

15 Cf. "A máquina do fantasma -- Aquisição de linguagem e constituição do sujeito". Goldgrub (1989)

16 Na psicose, em que a posição de sujeito está comprometida (sob diferentes aspectos nas respectivas modalidades — esquizofrenia, paranoia e mania-depressão), essa presença se manifesta como possibilidade.

17 Verwerfung

interno (o eu), visto que o surto psicótico, destituindo o eu da condição de sujeito, o (re-) transforma em puro objeto, tão incapaz de erradicar a falta como o objeto externo.

Acrescente-se que a demência (deterioração do surto esquizofrênico, expressa pela ausência do delírio) abole até mesmo a relação com o objeto interno, visto erradicar os resquícios de identidade.

Tem-se assim o que seria equivalente ao grau zero de identidade, ou seja, a maior aproximação possível com a erradicação da falta, cujo efeito é uma espécie de morte psíquica — algo que a palavra “zumbi” talvez represente metaforicamente.

O comprometimento da função superegógica na mania-depressão e na paranoia explicaria tanto as manifestações transferenciais caracterizadas pela distorção extrema na relação com o outro (paranoia, estados maníacos e depressivos), enquanto a esquizofrenia atestaria sua impossibilidade. (Neste último caso, mais grave, a função super-egógica já teria desaparecido e a função do ego — identidade própria — estaria comprometida).

Daí a impossibilidade de analisar no momento do surto.

Com referência à posição de sujeito e à relação com o outro, a transferência não se restringiria às manifestações edípianas (se concebidas exclusivamente a partir dos conflitos neurótico-perversos), mas também se expressaria pelo não conflito.

A própria decisão de empreender uma análise envolve as duas modalidades de relação (a primeira manifestando-se como resistência). Daí a ambiguidade que caracteriza a demanda por análise.

A intensificação da transferência durante a *démarche* psicanalítica, considerada inevitável por Freud (cf. *Transferência e Terapia Analítica*¹⁸, corresponderia à preponderância da resistência.

Nesses mesmos textos, porém, é possível perceber como a militância terapêutica (o “*furor sanandis*”), advogada por Freud, serviria de lenha para alimentar a fogueira transferencial. Em *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise*, Freud assume a posição exatamente oposta.¹⁹

18 1916/1917.

19 *Recomendações...* foi escrito em 1912 e *Transferência e Terapia Analítica* em 1916. Poder-se-ia julgar então que o primeiro teria sido superado pelos posteriores. Entretanto, as

Se todo conjunto de associações livres puder ser definido como manifestação da relação com a falta, segue-se que constituiria um retrato (seria melhor usar a palavra “instantâneo”, visto suas conotações ‘provisório’, ‘incompleto’, ‘não definitivo’) das respectivas possibilidades de manifestação, ou seja, dos diversos aspectos associados às modalidades conflitivas e não conflitivas da relação com o outro.

Considerar a transferência como clichê (re-impressão) do texto edipiano (definido pela repetição da relação com as figuras parentais) acarretaria uma simplificação extrema (ainda que em certos casos, especialmente ‘graves’, não tão distante assim do teor de alguns conjuntos de associações livres²⁰), que reduziria o ‘paciente’ a um estereótipo caracterizado pela infantilidade.

Correspondentemente, o analista se conceberia através da imagem da maturidade (e, portanto, da autoridade). O modelo médico continuaria referenciando o ato psicanalítico, na medida em que os conceitos ‘normal’ e ‘patológico’ (saúde/doença) seriam traduzidos pela dicotomia ‘condição adulta’ / ‘condição infantil’.

A nosografia conservaria seu papel na prática clínica, e termos como “paciente”, “diagnóstico”, “cura” e “alta” permaneceriam legitimados no vocabulário oficial da psicanálise.

Inversamente, a substituição do conceito de saúde pelo de aumento da sublimação tem por implicação a valorização do grau em que a relação com o outro se modifica. Abandona-se a idéia do absoluto (o “êxito” total da ‘terapia’, a ‘alta’), cuja consequência é o decepcionado niilismo, marca registrada do *ethos* lacanianiano.

Descarta-se assim a noção de cura, bem como qualquer critério de avaliação do processo psicanalítico que não seja baseado única e

Conferências Introdutórias transcrevem o teor das aulas proferidas no curso de Medicina, enquanto o artigo de 1912 destina-se a “médicos que exercem a psicanálise”. Poder-se-ia ler (visto o teor do artigo), já no próprio título, um acréscimo não escrito: ‘médicos que exercem a psicanálise’... como médicos.

²⁰ Na medida em que os pacientes de Freud se caracterizavam precisamente pela gravidade de seus sintomas, é perfeitamente compreensível o teor da primeira definição de transferência. Por outro lado, a distinção entre medicina e psicanálise ainda engatinhava — manifestando-se incipientemente entre os psicanalistas, enquanto as pessoas em geral continuavam focalizando a ciência dos sonhos como prática relacionada ao diagnóstico e à cura.

exclusivamente na indefinível e não objetivável sensação do aumento de prazer nas ações e relações — decorrente, por sua vez, de uma transformação do ‘real’ (desejo próprio) e, conseqüentemente, de como a ‘realidade’ (desejo do outro) é percebida.

As expectativas transferenciais depositadas no analista retratam os diferentes e oscilantes aspectos da relação com o objeto de desejo, tanto os conflitivos como os não conflitivos. São totalmente imprevisíveis e cambiantes. A sua manifestação se dá em cada sessão, singularmente, desautorizando as previsões baseadas no ‘diagnóstico transferencial’.

A repetição, maneira pela qual a psicanálise canônica costuma enquadrar oficialmente as expectativas transferenciais, guia-se pela dicotomia infantil/adulto, equivalente a doença/saúde, selecionando nas associações livres tudo o que possa confirmar esse enfoque, atitude simetricamente oposta à escuta orientada pela atenção flutuante.

Na medida em que se manifestam singularmente, as diferentes modalidades da relação com o outro (inclusive o psicanalista) se expressam mediante o sentido subjacente ao discurso de cada sessão.

Trata-se, mais uma vez, de constatar que a prática psicanalítica, em consonância com a teoria, elege como alvo exclusivo da escuta não a suposta causa (passado infantil) dos conflitos (e, curiosamente, apenas dos conflitos) atuais, mas a metáfora responsável pela lógica (o sentido) das associações.

BIBLIOGRAFIA

Canguilhem, Georges *Lo normal y lo patológico* (1966), México, Siglo XXI: 1986

Freud, Sigmund – *Transferência* (1916/7) (in Conferências Introdutórias à Psicanálise, Obras Psicológicas Completas de S. Freud, vol. XVI) Rio de Janeiro: Imago, 1969.

——— *Terapia Analítica* (1916/7) (in Conferências Introdutórias à Psicanálise, Obras Psicológicas Completas de S. Freud, vol. XVI), Rio de Janeiro: Imago, 1969.

- _____ *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise* (1912) (Obras Psicológicas Completas de S. Freud, vol. XII). Rio de Janeiro: Imago, 1969.
- _____ *Uma nota sobre o inconsciente em Psicanálise* (1912) Obras Psicológicas Completas de S. Freud, vol. XII). Rio de Janeiro: Imago, 1969.
- _____ *O Ego e o Id* (1923), Obras Psicológicas Completas de S. Freud, vol. XIX). Rio de Janeiro: Imago, 1969.
- _____ *A organização genital infantil – Uma interpolação na teoria da sexualidade* (1923). Obras Psicológicas Completas de S. Freud, vol. XIX). Rio de Janeiro: Imago, 1969.
- _____ *Sobre as teorias sexuais das crianças* (1908). Obras Psicológicas Completas de S. Freud, vol. IX). Rio de Janeiro: Imago, 1969.
- _____ *Análise terminável e interminável* (1937). Obras Psicológicas Completas de S. Freud, vol. XXIII). Rio de Janeiro: Imago, 1969.
- Goldgrub, Franklin *A Máquina do Fantasma – Aquisição de linguagem e constituição do sujeito*. Piracicaba: UNIMEP, 2001.
- _____ *A metáfora opaca - cinema, mito, sonho, interpretação*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- Szasz, Thomas S. *A ética da Psicanálise* (1965), Rio de Janeiro: Zahar Editores: 1975.