

**TOKASHIKI**

**INTRODUÇÃO:**

Diante de muitos conflitos é que tivemos a pretensão de oportunizar uma reflexão com a proposta terapêutica da psicanálise. Segunda a perspectiva aberta por J.Lacan, percorreremos o caminho freudiano no que diz respeito à construção de seu método de tratamento. E nas considerações estará deixando o entendimento da castração, apontado por Freud como obstáculo derradeiro ao processo clínico, em relação à estrutura de linguagem do aparelho psíquico, noção que implica na existência de um limite à ação terapêutica da palavra pelo fato de nem tudo no psiquismo ser passível de simbolização.

E a limitação e especificação de um trabalho, que partindo da inclusão da categoria do real, acopla, ao alívio dos sintomas, a revelação de uma verdade singular sobre o sujeito do inconsciente e o desejo que o anima. Visto que nesta época contemporânea,, no qual assistimos a uma crescente oferta de formas variadas e atrativas de psicoterapias, nos parece particularmente propício à reflexão sobre a proposta terapêutica do trabalho psicanalítico. Enquanto a rigor esta questão não é nova e acompanha a psicanálise desde sua constituição por Freud aos nossos dias atuais.

Sabedores de que, por um lado este fato demonstra a importância da questão e, por outro, nos indica que seus limites e definições ainda se encontram em processo de construção e produção. E em resumo existe uma interrogação poderia ser colocada da seguinte forma: a partir de seu referencial teórico, o que um analista pode oferecer às pessoas que o procuram em busca de um alívio para seus sofrimentos? Em outras palavras, qual o conceito de cura que a psicanálise propõe? De imediato sabemos que esse conceito não se confunde com a concepção de cura médica. E ainda que psicanálise e medicina tenham se entrelaçado em seu tempo inaugural, uma ruptura entre ambas logo se processou.

**1. OS TIPOS DE TRATAMENTOS NA PSICANÁLISE DEVEM SEREM OBSERVADOS E PROCURAREM O TRATAMENTO PRECISO**

Através da clínica psicanalítica trata de dores para as quais não há medicalizações, drogas milagrosas, aparelhos tecnológicos ou qualquer outra ordem de recursos que possam garantir um suporte externo ao tratamento que está sendo realizado. Neste, conta-se apenas com simples e corriqueiras palavras. E uma vez circunscrita pela ação da palavra, a cura na psicanálise se estenderá entre o alcance e o limite de seu poder terapêutico. É com esta questão que cada um que se envolve com o trabalho psicanalítico, tem, necessariamente, que se deparar. Quer seja enquanto paciente, ao sentir na pele a intensidade desmesurada e irracional dos movimentos transferenciais os quais o lançam entre o amor e o ódio pelo analista, suscitando paixões soterradas e sentimentos, há muito, supostamente esquecidos. Ou quer seja no lugar do analista, ao ter que suportar com sua presença todas as nuances da transferência e possibilitar, a partir daí, a ocorrência do trabalho clínico. Posições que são, cada qual a seu modo, bastante desconfortáveis.



Entendedores de que, isso, no entanto, não nos exime da tarefa de termos que prestar contas do nosso ofício. Por essa razão nossa intenção aqui será a de tecermos algumas considerações as quais nos permitam refletir sobre a especificidade do trabalho clínico psicanalítico. Para tal nos utilizaremos da perspectiva aberta por Lacan, o qual enfatizou, entre outros aspectos, o caráter linguístico das concepções freudianas acerca dos processos psíquicos. Tal perspectiva servirá de fundamento à nossa proposta de refazeremos o caminho freudiano para nele compreendermos como o entendimento da psiquê pelo viés da linguagem, inaugurado por Freud, o levou a um afastamento do limite terapêutico imposto pelo real da fisiologia proferido pelo discurso médico cientificista do século XIX.

Com isto lhe foi possibilitado a formulação de um novo projeto terapêutico, otimista, voltado para a dissolução dos sintomas histéricos através da interpretação de seu sentido. Ao final de sua obra, entretanto, Freud foi conduzido ao reencontro de um obstáculo imposto pelo real circunscrito pela própria linguagem, na medida em que esta, enquanto metáfora, implica na existência de um limite à palavra e, conseqüentemente, à proposta terapêutica sobre ela edificada. Se nesse momento de sua obra Freud tenha se deparado com um impasse quanto às possibilidades terapêuticas da psicanálise, nesse ponto, acreditamos, a contribuição lacaniana propõe uma saída. Na medida em que nos faz perceber que embora as palavras não sejam capazes de transformar aquilo o que, no psiquismo, não é passível de simbolização, elas podem, contudo, promover uma mudança na posição do sujeito frente aos desígnios de seu desejo.

Aqui fazemos um convite aos nossos leitores: que nos acompanhem no mesmo caminho que nos foi necessário percorrer para chegarmos a essas conclusões. Nesse percurso acompanharemos, sobretudo, os passos freudianos. Os erros, acertos, dúvidas, impasses e superações com os quais ele próprio se deparou na construção de seu método singular de tratamento. Um método que desde o início aprendeu a conviver e a ultrapassar obstáculos, e que, sobretudo, nos destituiu de toda e qualquer ilusão em uma cura ideal, já que, como nos advertiu Freud, muito já estaremos fazendo se "conseguirmos transformar o sofrimento neurótico em infelicidade comum.

## **2.A PALAVRA TERAPÊUTICA E SUAS PRIMÁRIAS DEMARCAÇÕES**

Entendedores de que, podemos destacar que a questão da linguagem está presente desde os primórdios da obra freudiana. A rigor, muito antes da publicação do livro dos sonhos, Freud iniciou seu trabalho clínico com suas pacientes histéricas pelo viés da linguagem. Seguindo a trilha aberta por Charcot e pela Escola de Nancy, o autor, em seus primeiros estudos, propôs uma novidade teórica a qual pode ser formulada da seguinte maneira: há, nos fenômenos histérico, uma total desvinculação em relação à anatomia, porém - e isso é de importância fundamental - não há uma desvinculação entre histeria e corpo. Sendo este último entendido enquanto representado psiquicamente, ou seja, enquanto investido de um valor psicológico. Desta forma, indo além da anatomia, o texto freudiano propôs, de início, uma outra forma de articulação entre os registros físico e mental. Uma articulação que o permitiu indicar, também, um mais além da sugestão hipnótica a qual permeia a mediação entre a palavra do médico e o sintoma histérico: a linguagem.

Visto que, nos parece importante destacarmos que este momento de elaboração teórica, demarcou uma ruptura epistemológica crucial entre psicanálise e outros



saberes de então, principalmente em relação à psiquiatria, à neurologia e à psicologia. Essa ruptura se revelou fundamental porque a partir dela o entendimento sobre os fenômenos histéricos pôde ser efetuado pela lógica do sentido e não mais pela lógica da anatomia que os tornava, especialmente, incompreensíveis. Em relação à constituição do campo clínico, pelo viés da linguagem, os fenômenos neuróticos puderam ser concebidos como o produto final de um processo de simbolização, acarretando com isto que seus sintomas passassem a ser concebidos como possuindo um sentido oculto que ao ser desvelado no curso do tratamento se dissolviam.

Uma vez que a linguagem estrutura a formação dos sintomas, ela deve ser tomada como pilar estruturador do método terapêutico e instrumento clínico que possibilita a cura das neuroses. Concepção esta inerente ao objetivo do método catártico ao propor a eliminação dos sintomas a partir da ocorrência de uma ab-reação do afeto patogênico ao fornecê-lo uma expressão verbal. Aqui, se inserida de forma radical, a eficácia terapêutica da palavra, na medida em que ela permite a ponte entre os registros físico e mental, ou seja, entre o componente psíquico ( a representação patogênica) e o componente somático ( o quantum afetivo) das manifestações sintomáticas. Por esta razão, o método catártico propunha que a rememoração da cena patogênica deveria vir acompanhada de seu afeto correspondente para que surtisse um efeito terapêutico. A cura se fazia, portanto, sobre a possibilidade de se descarregar uma carga afetiva que ficara 'estrangulada' à época da ocorrência da experiência traumática (Breuer e Freud, 1893).

E com essa proposta clínica, implicava na suposição de que a energia psíquica é passível de receber um processo de simbolização, garantindo, desta forma, a eficácia terapêutica da palavra. Porém, podemos notar que já nessa primeira fase de elaboração teórica freudiana, embora as relações psíquico/somático tenham sido estabelecidas sobre o pilar da linguagem, os processos clínicos desenvolvidos indicavam que algo escapava à essa relação, demonstrando que não há uma mediação ponto a ponto entre esses dois registros. Assim, se ao nível da teoria, os estudos empreendidos apontavam para a possibilidade de simbolização da energia psíquica, a clínica, por seu turno, demonstrava o encontro de um êxito parcial nesse processo.

## **2.1 OS DESENVOLVIMENTOS NOS ATENDIMENTOS CLÍNICOS**

A rigor, o desenvolvimento dos atendimentos clínicos indicavam a existência de alguns elementos resistentes à simbolização e, por conseguinte, à eficácia terapêutica da palavra. O encontro desses obstáculos clinicamente palpáveis levou o autor à tematização sobre suas bases etiológicas, preferencialmente recorrendo a explicações biológicas. Este é o caso, por exemplo, da concepção freudiana sobre as 'neuroses atuais' as quais foram concebidas como sendo edificadas a partir de uma etiologia puramente fisiológica na medida em que seus sintomas eram constituídos a partir de problemas orgânicos em se obter a satisfação sexual, sem a participação de qualquer mecanismo psíquico (Freud 1895[94]). Esta é a razão pela qual as neuroses atuais não seriam compatíveis com uma terapia cuja proposta era a de elucidar o sentido oculto dos sintomas, dissolvendo-os pela decifração de sua significação simbólica, tornando-as contra-indicadas para a cura pelo método terapêutico ora proposto.



Entendedores de que, podemos destacar essas concepções freudianas como um exemplo da forma através da qual o autor procurou abordar a questão, indicada pela clínica, sobre os limites do alcance terapêutico da palavra. Recorrendo, inicialmente, à fisiologia para nomear o que se apresentava fora do registro simbólico, para além das palavras. Gostaríamos de indicar que, foi somente após a introdução do conceito de pulsão de morte que essa região de não-inscrição, ou de silêncio que ela recobre, pôde ser tematizada (porém não solucionada). Posto que, ao final da obra freudiana, esses elementos psíquicos não redutíveis ao registro simbólico se apresentaram como o obstáculo derradeiro ao processo clínico sob a forma do 'complexo de castração' (Freud,1937). O que, contudo, não se tornou indicativo de uma impotência terapêutica, enfim, assumida. Mas apenas o encontro do ponto crucial para a mudança psíquica a qual a clínica lacaniana poderá indicar. À frente, retornaremos a esse assunto.

### **2.1.2 AS CONCEPÇÕES METAPSICOLÓGICAS DEVEM SEREM OBSERVADAS**

Podemos observar que a questão relativa à proposta terapêutica do processo psicanalítico sofreu uma reformulação radical durante a construção da metapsicologia freudiana. Neste período extremamente fértil de elaboração teórica e de aplicação clínica, a crença no êxito terapêutico da psicanálise permaneceu incontestável, porém, se viu, dialeticamente, modificada. Ultrapassando a produção do alívio do sofrimento obtido através da dissolução dos sintomas para se referir ao que, se expressando através destes, diz respeito à revelação de uma verdade singular sobre o desejo inconsciente de cada paciente. Essa mudança teve início a partir do momento no qual o fenômeno transferencial se deslocou da periferia do processo clínico para a centralidade do mesmo, tornando-se, como afirma Lacan (1977), o veículo através do qual a cura opera.

Com a perspectiva que foi aberta a partir da compreensão, por parte de Freud, de que reside na transferência a possibilidade de se encenar, no processo analítico, o caráter metapsicológico das atividades mentais. Ou seja, em seus aspectos econômico (na medida em que se apresenta como um investimento libidinal na figura do analista), tópico (uma vez que ela reedita o funcionamento dos movimentos inconscientes) e dinâmico (enquanto se presentifica como resistência ao processo clínico).Podemos observar que não levou muito tempo para que Freud passasse a identificar a transferência, concomitantemente à resistência, a um momento de movimento de emergência do material recalçado (Freud,1905[1901]). No processo terapêutico, o convite feito pelo analista ao paciente, em dizer, sem restrições, tudo que lhe vier à mente, empreende, neste, o início de uma ação psíquica.

À essa ação se contrapõe uma força psíquica oposta e de igual intensidade. Fato este que implica na ocorrência de uma resistência ao avanço das associações e da emergência do material inconsciente que aquelas possam permitir emergir. Neste momento, a clínica demonstra que a instauração da transferência se apresenta como uma tentativa de resolução para esse conflito entre forças opostas : o material inconsciente que procura vir à tona e a resistência à essa possibilidade (Freud, 1912). Com isto fica determinado a dupla face da transferência, já que ao mesmo tempo em que sua instauração assinala a emergência de um material proveniente do inconsciente, aponta para um momento de fechamento do mesmo (Lacan,1964).

Por outro lado, a emergência do desejo inconsciente do paciente se presentifica, clinicamente, através da repetição de formas arcaicas de investimento





libidinal. Segundo Freud (1912a), as bases para a instauração da transferência situam-se na própria estrutura neurótica. Nesta, o modo específico de encontrar a satisfação pulsional forma um "clichê estereotipado" o qual é disparado e repetido cada vez que um processo de investimento libidinal se inicia. No transcorrer de um processo analítico, ocorre, também, a reinstalação deste dispositivo, agora endereçado à figura do analista. Este último, passa a ser incluído nessa série estereotipada de encontrar a satisfação pulsional, a qual vem sendo repetida inconscientemente, ao longo da vida do paciente. Nesse processo, a transferência, além de demarcar a interrupção do fluxo associativo e de permitir a emergência do material patogênico, pela repetição que lhe é fundamental, passa a ser concebida como uma forma de produção da própria neurose no interior do espaço clínico.

Segundo (Freud, 1913), por ser a reprodução ou a substituição do processo neurótico primevo e, portanto, representar a instauração de uma neurose artificial, uma 'neurose de transferência', ela permite que o analista possa atuar sobre sua produção, permitindo que ela receba uma nova significação, e claro está que a tentativa de alcançar uma re-significação para a neurose transferencial, encontra vários obstáculos. E ainda que possamos apontar, como diz Freud (1913), o sofrimento neurótico como a força motivadora, de acordo com o início do tratamento, a vontade consciente do paciente, não é suficiente para mantê-lo engajado na análise. Não podemos esquecer que a construção da neurose foi, na verdade, a melhor forma encontrada para lidar com o conflito psíquico e evitar o sofrimento que este trazia. Desta forma, o paciente não estará disposto a abrir mão tão facilmente dos "lucros secundários" que a doença lhe proporciona. Conforme Freud, 1913, razão pela qual, à essa força motivadora inicial, o analista deve contar com uma outra: o poder da sugestão compreendido no vínculo transferência.

Nesse ponto, há que ser feita uma consideração no sentido de promovermos uma distinção entre psicanálise e métodos terapêuticos sugestivos. Para tal, tomemos a analogia utilizada por Freud, os métodos que se utilizam da sugestão, poderiam ser comparados à técnica da pintura, enquanto a psicanálise poderia ser comparada à técnica da escultura. A pintura se caracteriza por colocar, sobre uma tela vazia e incolor, partículas coloridas até então inexistentes. A sugestão agiria de forma equivalente, posto que sua utilização não se vincula a uma preocupação em elucidar a origem, a força ou o sentido dos sintomas. Ela apenas supõe que a sua utilização deposite algo suficientemente forte que seja capaz de impedir a emergência da ideia patogênica.

Em contrapartida, a psicanálise, trabalhando como a escultura, "retira da pedra tudo o que encobre a superfície da estátua nela contida" (Freud, 1905 [1904] pg 244). Agindo desta forma, a proposta de seu método procura antes de tudo entender o jogo das forças psíquicas subjacentes aos sintomas. Assim, nada é colocado de fora, mas a trama psíquica que liga as ideias patogênicas é submetida a um processo de desvelamento objetivando a dissolução do conflito. Pode-se observar que, de forma diversa, ou até mesmo inversa, a um método sugestivo, a análise permite a identificação da dialética da transferência/resistência, a qual, por um lado se aferra à doença se opondo à recuperação, e que, ao mesmo tempo, se constitui como aquilo que permite o entendimento da forma pela qual o paciente vem se comportando em sua vida (Freud, 1905[1904]). Sem o submetimento da transferência à análise, seu



método não se distinguiria dos outros métodos psicoterápicos. Desta forma, o momento de resolução dos vínculos transferenciais assinala o término de seu processo de cura, o qual se coloca, assim, para além da dissolução dos sintomas .

O importante destacar um aspecto crítico para o transcorrer desse processo de análise. A instauração da transferência tem o poder de produzir a cessação da produção dos sintomas, uma vez que os investimentos libidinais se transferem destes para a figura do analista. Na medida em que a instauração da transferência produz esse efeito grandioso, ela pode atuar, no analista, como puro poder de sedução. O perigo recai na possibilidade do analista se deixar paralizar por este fascínio de poder. Razão pela qual, sua atuação deve ir além do efeito terapêutico obtido pelo alívio sintomático. A análise requer, para sua consecução, que se penetre na estrutura mesma da neurose. Paralizá-la representaria a vitória da resistência sobre a proposta terapêutica da psicanálise. Desta forma, o nascimento da especificidade da proposta clínica psicanalítica, naquilo que a diferencia dos outros métodos psicoterápicos, residiu na edificação de um trabalho o qual, embora englobando o alívio dos sintomas, comporta uma dimensão de construção de uma verdade sobre o sujeito em análise.

Em relação à clínica, esse posicionamento trouxe, entre outras consequências, novas atribuições para o analista e para o paciente no desenvolvimento do tratamento. Pelo lado do analista, este perdendo o conforto desfrutado anteriormente ao ocupar uma posição de exterioridade em relação ao processo clínico, passa a ocupar um lugar de interioridade o qual lhe é imputado pelos movimentos transferenciais do paciente. Deste lugar, ele deverá agir através da utilização da interpretação. Conforme, (Lacan, 1977b). Esta última não se refere à possibilidade de aplicação de um saber racional do médico sobre o material patogênico do paciente. Mas, partindo do lugar que lhe foi reservado pela transferência, a interpretação deverá soar como um enigma, e não como um oráculo que porta uma verdade. Se verdade existe, esta se dá por um processo em construção .

O analista, então, deve permitir um trabalho que se coloca do lado do paciente. Este sim, por seu turno, não ocupa uma posição passiva de espera por uma solução salvadora para seus sofrimentos. Mas deve produzir um trabalho psíquico de elaboração, que não se restringindo à ab-reação dos afetos, permite que as resistências sejam decisivamente ultrapassadas e o material recalçado simbolizado. Porém, nem tudo são flores. A compulsão à repetição apresentada pelos pacientes em análise se coloca como novo obstáculo a ser clinicamente transposto. A rigor, esse fenômeno clínico se referia, também, ao limite terapêutico da palavra, ao indicar que nem tudo no psiquismo é passível de simbolização.

## **1. OS LIMITES E ESPECIFICIDADES INTERAGIDOS AOS ATENDIMENTOS CLÍNICOS**

Podemos observar que o questionamento e a tematização sobre a existência de elementos psíquicos resistentes ao processo de simbolização demandado pelo processo clínico se tornou preponderante na obra freudiana a partir de 1920. A esse respeito, acreditamos que a introdução do conceito de pulsão de morte no corpo teórico da psicanálise veio, em certo sentido, procurar responder às questões impostas pelos obstáculos ao progresso do tratamento que se referem, em última instância, ao limite à ação terapêutica da palavra.



Podemos indicar que essas considerações se iniciaram a partir do impasse introduzido pelo fenômeno clínico da compulsão à repetição, o qual sintetizava, de forma exemplar, o problema que vinha acompanhando a psicanálise em relação à impossibilidade encontrada, em se alcançar a simbolização daquilo que, agindo sobre o aparelho anímico se tornara traumático e, na clínica, se mostrava resistente à elaboração e à restauração. A nosso ver, possivelmente essa tenha sido uma das razões pelas quais, nesse período de construção teórica, Freud tenha se dedicado a especificar e problematizar os obstáculos que se opõem ao progresso do processo clínico, demonstrando uma constante preocupação em promover uma análise sistemática sobre as inúmeras resistências à análise. Assim, podemos entender que a suposta "desesperança" freudiana quanto à eficácia terapêutica da psicanálise creditada por alguns comentaristas mais apressados, na verdade revela a discussão de uma questão teórica e clínica que necessitava mesmo ser problematizada. Afinal, se tomarmos como termo comparativo a finalidade dos outros métodos de tratamento psíquico (a eliminação dos sintomas) podemos perceber que este também ocorre na psicanálise. Para Freud não o negou, muito ao contrário. Apenas não era esta a questão que estava em pauta, pois o que a psicanálise propõe está em trabalhar com um mais além disso. O que gostaríamos de destacar aqui é que, entre todos os fatores que se opõem ao tratamento, Freud (1937) apontou como obstáculo último e insuplantável o complexo da castração, "rochedo" diante do qual o processo terapêutico esbarra e paraliza. Segundo o autor, nas mulheres, esse complexo aparece como uma inveja do pênis, um esforço para possuir um órgão genital masculino do qual ela teve que abdicar durante a passagem do Édipo. Na análise, a constatação de que o processo terapêutico não realizará seu desejo por um pênis é sentida como uma forte depressão e desinteresse pelo trabalho.

Conhecedores de que, nos homens, a situação analítica parece reproduzir uma luta masculina contra sua atitude passiva para com outro homem, acarretando uma forte resistência transferencial. Razão pela qual os homens se recusam a se submeterem ao analista e a aceitar, deste, o seu restabelecimento, uma vez que isto representaria estar em dívida com seu próprio pai. Ou seja, pode-se inferir que frente à questão da diferença sexual, os processos psíquicos esbarram para encontrarem o seu limite.

#### **4.OS FUNCIONAMENTOS PRIMÓRDIOS DO SUJEITO**

Sabedores de que, para Freud, esse limite permaneceu fundamentado em uma questão biológica já que, em sua concepção, a diferença sexual se pautava, em última instância, no registro da anatomia. De acordo com Lacan podemos entender esse processo a partir de uma perspectiva mais abrangente, que, desvinculando da anatomia, relaciona a questão sexual com a estrutura de linguagem do aparelho psíquico. Nessa perspectiva, devemos entender a passagem pelo complexo de Édipo como o momento estruturador da subjetividade humana, uma vez que se caracteriza por ser o processo através do qual ocorre a simbolização e inscrição de três funções primordiais no sujeito:

- a função materna (enquanto Outro)
- a função paterna (enquanto mediadora das exigências feitas ao Outro)
- a função do falo (enquanto representativa das relações).

O que aí se opera, através do Édipo, é o símbolo da relação com o Outro, o símbolo da própria relação (falo) e o símbolo da legalidade de toda relação (a lei intermediada pelo



pai) (Cabas,1988). Inicialmente esse processo ocorre através de uma identificação alienante da criança em sua mãe, enquanto Outro primordial, e, posteriormente, através de uma gama variada de identificações com objetos que supostamente interessam à mãe e que poderiam completá-la. Objetos estes que se apresentam, ao sujeito, como sendo o próprio falo. Sendo que, no momento no qual a criança percebe que ninguém é, realmente, o falo, lhe é fornecida a possibilidade de tê-lo. Processo este permitido a partir da entrada do pai em cena ao produzir um corte na relação dual mãe/bebê.

E a castração atua duplamente, ao privar a criança de ter sua mãe, e ao privar a mãe do objeto de seu desejo, instaurando a lei que regula as relações entre os semelhantes. Momento fundamental caracterizado pelo acesso ao simbólico pela criança que pode, através desta ferramenta, exercer um controle sobre o objeto perdido. Indicando com isso, que pela linguagem, a criança passa a controlar, simbolicamente, o fato de não ser, exclusivamente, o objeto de desejo da mãe. Ou seja, de não ser o falo, ou aquilo que poderia, supostamente, preencher a falta do Outro. Aqui, fica demarcado que, pela linguagem a criança deixa de ser o objeto de desejo do Outro, para aventurar-se como "sujeito", ao designar, simbolicamente, sua renúncia ao objeto perdido. Segundo a proposta lacaniana, a saída encontrada pela criança para dar conta da operação que recalca o desejo de ser pelo desejo de ter o falo, será a de nomear, pela palavra, o seu próprio desejo. Engajando-se, desta forma, na sequência interminável de significantes de seu discurso, os quais, procurando designar o objeto perdido, se fazem deste, eternos substitutos. Cativo desta cadeia infundável, o desejo se torna para sempre insatisfeito a partir do momento no qual o sujeito foi impelido a nomeá-lo.

Para Besset,1996, ao fazê-lo, ou seja, ao transformar o desejo em símbolo, fica determinado a divisão de sua subjetividade em um "eu" consciente e um sujeito do inconsciente, o qual é contido barrado, tornando impossível dizer sobre o que há de mais íntimo em seu ser. Concluindo, a mãe, ao desempenhar sua função de erotização do bebê, através dos cuidados maternos, exerce uma ação de sedução sobre a criança totalmente dependente deste Outro todo poderoso. Por ser exercida em um período anterior ao advento da fala pela criança, a sedução materna diz respeito à uma ação impossível de ser simbolizada. A sexualidade, vinda do Outro, se torna traumática, na medida em que diz respeito ao real inapreensível pelo registro simbólico. A castração, ao escancarar uma falta fundamental no sujeito e no Outro, abre a brecha para a instauração do sujeito desejante, que se ordena em torno de uma fantasia fundamental construída para dar conta de uma questão imposta, ao sujeito, pelo desejo do Outro.

A fantasia fundamental, que marca a relação do sujeito com o Outro e com seus semelhantes, formulada para dar conta de um real inominável que nele irrompeu e sobre a qual o sujeito se fixou (Besset,1997).

Sendo, justamente, essa dupla vertente da fantasia, como resposta ao desejo do Outro e como vinculada a uma falta no campo do significante, que permite, na clínica, um trabalho que, incluindo a categoria do real, ultrapassa o alívio dos sintomas para se instaurar na possibilidade de produzir uma "modificação da relação do sujeito com o real da fantasia"(Miller, 1986 pg 113).

Acreditamos que essas noções forneçam as bases pelas quais, pode-se entender como o complexo de castração, em uma perspectiva lacaniana, passou de uma





posição na qual se colocava como o fim a que se chegava no processo clínico para ponto fundamental da mudança psíquica. Nesse processo, da mesma forma que Freud havia indicado a necessidade de se entender os processos físicos e psíquicos pela articulação estabelecida entre ambos, o estudo lacaniano propôs que o registro simbólico só se torna inteligível quando articulado aos registros do imaginário e do real. E embora o real não seja apreensível pelo simbólico, ou seja, esse último não tem poderes para modificá-lo, pelo simbólico encontra-se possibilidades de alterar a posição do sujeito frente os efeitos produzidos pela ação do real sobre ele. Razão pela qual o autor indicará que o complexo de castração não deve ser tomado como o obstáculo derradeiro do processo analítico, contra o qual o paciente se debate em desesperança. Porém, ponto a partir do qual o sujeito se reorganiza frente sua fantasia fundamental, assumindo uma posição diferente da ocupada anteriormente (Besset, 1996). Em essência, na psicanálise, isso é a cura.

Os pacientes, nesses casos, são pura massa corpórea, deslibinizada, que nada significam para além do registro fisiológico. Nada contra, até porque muitas vezes, é desse tratamento mesmo que o corpo necessita para se manter vivo. Outras vezes, no entanto, a questão é diferente. Para a psicanálise, há sintomas que podem ser entendidos por aquilo que eles representam, ou por aquilo que eles falam do sujeito que os porta. A partir de Freud, o sintoma se atrelou à linguagem determinando que este seja concebido como possuindo uma mensagem que merece ser desvelada.

É o deciframento dessa mensagem que produz, como resultado, um efeito terapêutico, o qual não se refere somente a um alívio dos sintomas, mas que acopla a este, a construção de uma verdade sobre o sujeito em análise. A rigor, esse processo de simbolização, contudo, se mostra ineficiente no momento em que o paciente se depara com o "rochedo da castração". (Besset, p.35. 1996).

Enfim, se há mais em um processo analítico do que nossas palavras alcançam, esse fato é convidativo ao discurso e não ao silêncio. Talvez, exatamente por isso, a clínica psicanalítica esteja aí, recebendo pessoas que demandam um alívio para seus sofrimentos. E, como disse Lacan (1993), o interessante é que existe resposta para essa demanda, anunciada, pelos próprios pacientes, quando afirmam terem se modificado, pelo trabalho psicanalítico.

Entendedores de que, a castração, enquanto assinalando a diferença sexual, denuncia que há algo de não nomeável, de não simbolizável nessa operação. Denuncia que nem tudo no psiquismo se insere no registro simbólico da linguagem, e que há, para além deste, o inapreensível real. Visto que nesta razão, a promessa de cura, na psicanálise, não se refere ao encontro de uma harmonia, de um bem-estar total, ou de uma plenitude, mas à elucidação de uma verdade, sempre singular, sobre o desejo inconsciente de cada paciente.

Ou seja, por mais que tenhamos em mente que o objetivo da análise aí não se coloca, este fato contudo, não implica que esse efeito deva ser negligenciado ou desprezado. Como nos assegurou em relação à psicanálise, "se não tivesse valor terapêutico, não teria sido descoberta, como o foi, em relação a pessoas doentes, e não teria continuado a se desenvolver por mais de trinta anos". Ou, por mais de cem anos, poderíamos acrescentar. (Freud 1933-1932 p. 191).

A partir desse processo se torna possível, não a simbolização da castração, posto que irrealizável, mas uma nova postura do paciente em relação aquilo que, nele, é causa



de seu sofrer. Para finalizar, gostaríamos de fazer uma última consideração. Todos nós que lidamos com a dimensão clínica da psicanálise sabemos a importância que tem, para o paciente, o encontro de um alívio para seus sintomas.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Inicialmente, gostaríamos de destacar a relação dialética existente entre teoria e clínica encontrada na obra freudiana. Em nenhum momento desta, os campos teórico e clínico se afastam. De tal forma que, encontra-se nas possibilidades e limites circunscritos pela prática clínica, o espaço no interior do qual a teoria pode ser construída. E vice-versa. Foi, justamente, a partir desse caráter dialético, que pudemos destacar, em nosso estudo, que a obra freudiana não apresenta uma resposta única em termos de seu objetivo terapêutico. Ao contrário, à cada momento de elaboração teórica corresponde uma proposta terapêutica específica, implicando no avanço paralelo de seu corpo teórico e de suas aplicações práticas. Na verdade esta proposição, por um lado, impede que a teoria psicanalítica, desvinculada de sua prática, se transforme, conforme nos advertiu Freud (1933[1932]), em uma visão de mundo (Weltanschauung). Por outro, não permite que sua clínica se torne um espaço privilegiado a serviço da teoria, onde esta possa ser verificada e ampliada. Uma espécie de laboratório, que seria, no mínimo, injusto para com as pessoas que a procuram em busca de um alívio para seu sofrimento. E, na medida em que a psicanálise se coloca em uma posição de acolhimento dessa demanda, necessita prestar contas de seu ato. Um ato de oferta, que deixa subentendido que ela é capaz de fazer algo que torne possível, ao paciente, alcançar um alívio para o desprazer produzido por seus sintomas. Isso implica que há uma promessa de cura veiculada por cada tratamento clínico que se inicia. Freud, ele próprio, nunca o negou. Ao contrário, encontramos em sua obra várias passagens que indicam a confiança do autor no poder de cura da psicanálise. Para Freud, 1916-1917 pg 534).

E nos tratamentos desenvolvidos, se podia obter "em condições favoráveis, sucessos terapêuticos não menores do que os mais belos resultados alcançados no âmbito da medicina" Porém, ainda que aqui, segundo Freud tenha aproximado os conceitos de cura na medicina e na psicanálise, a sua diferenciação se torna imprescindível. Essa diferenciação se dá, justamente, porque cada uma dessas ciências situa o entendimento dos sintomas em registros diversos: registro anatômico para uma, registro linguístico, para a outra. Assim, para a medicina, o sintoma é orgânico, pura anatomia, que depende do bom funcionamento dos órgãos. Isso é fácil de entender. Qual de nós, que já passou por um tratamento médico, não sentiu como neste só o corpo é priorizado, única e exclusivamente. Médicos e enfermeiros, dele dispõem, sem cerimônias e sem pudores.

É aqui que as contribuições lacanianas se mostram necessárias, pois, através delas se torna possível entendermos esse limite clínico em relação, não à anatomia (como o fez Freud), mas à estrutura de linguagem do aparelho psíquico. Uma noção que implica na concepção da existência de um real, que embora diga respeito e afete o sujeito, é radicalmente irreduzível ao simbólico. Denotando, por um lado, um limite ao poder terapêutico da palavra, e por outro, a especificidade da proposta terapêutica da psicanálise. À medida que esta se inscreve na possibilidade de permitir, através da palavra, uma mudança, não no real, mas na posição do sujeito frente a esse.



Por esse sentido que propomos o entendimento que, a castração, ao indicar um limite, ao impor uma lei, ao expor a falta no sujeito e no Outro, coloca aquele face aos enigmas de sua existência. As enigmas, suscitados pelo desejo do Outro e para os quais o sujeito constrói uma fantasia, fundamental, na qual se fixa e em torno da qual organiza seu desejo. Se esse mecanismo é o responsável por tornar a análise, porém, torna-se uma tarefa impossível, ela é impossível na medida em que não poderá "desfazer" o recalque, ou "curar" o sujeito da divisão subjetiva que lhe é fundamental e que o constituiu como humano. Onde o limite analisável, apontado, torna-se o complexo de castração se refere à essa divisão fundamental.

## **6.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

BESSET, V.L. (1996) "Quem sou eu ?" A questão do sujeito na clínica psicanalítica Trabalho apresentado na terceira jornada de pesquisadores em Ciências Humanas CFCH- UFRJ, Rio de Janeiro.

\_\_\_\_(1997) O sujeito e o objeto: o mais além da palavra na clínica psicanalítica Relatório final de pesquisa, IP- UFRJ, Rio de Janeiro.

BREUER & Freud (1893). Estudos sobre a histeria. E.S.B. vol II

CABRAS, A.G.(1988). A função do falo na loucura. Campinas: Papyrus.

FREUD. S. (1895). A psicoterapia da histeria. E.S.B. vol II.

\_\_\_\_(1895[94]). Obsessões e fobias. E.S.B. vol III.

\_\_\_\_(1905[01 ]). Fragmentos da análise de um caso de histeria. E.S.B. vol VII.

\_\_\_\_(1905[04]). Sobre a psicoterapia. E.S.B. vol VII.

\_\_\_\_(1912). A dinâmica da transferência. E.S.B. vol XII.

\_\_\_\_(1913). Sobre o início do tratamento. E.S.B. vol XII.

\_\_\_\_(1933[32]). Novas conferências introdutórias. E.S.B. vol XXII.

\_\_\_\_(1937). Análise terminável e interminável. E.S.B. volXXIII.

LACAN, J. (1964). O seminário Livro XI. Rio de Janeiro: Zahar.

\_\_\_\_(1977). Escritos I e II. Madrid: Siglo XXI.

\_\_\_\_(1993). Televisão. Rio de Janeiro: Zahar.

MILLER, J-A. (1986). Percurso de Lacan : uma introdução. Rio de Janeiro: Zahar.

