

PSICANÁLISE E PSICOTERAPIA

PSYCHOANALYSIS AND PSYCHOTHERAPY

Daisy Maria Ramos Lino*

TRIEP – Trabalhos de Investigação e Estudos em Psicanálise

Patrícia Merli Macieira Matalani**

TRIEP – Trabalhos de Investigação e Estudos em Psicanálise

RESUMO

O presente artigo apresenta fundamentação aos argumentos de antagonismo entre a psicanálise e a psicoterapia, principalmente as chamadas psicoterapias de base ou inspiração psicanalítica. Recordam-se as opiniões de Freud sobre a cientificidade da Psicanálise.

Palavras-chave: Psicanálise, Psicoterapia, Transferência.

ABSTRACT

This article presents reasons for the arguments of antagonism between psychoanalysis and psychotherapy, especially the so-called basic psychotherapy or psychoanalytic inspiration. We recall Freud's opinion on the scientific status of psychoanalysis.

Keywords: Psychoanalysis, Psychotherapy, Transference.

Ao vincularmos por meio de um “e” os termos *Psicanálise* e *Psicoterapia*, em nosso título, pretendemos dar lugar às questões sobre o antagonismo entre elas: ou se faz psicanálise, ou se faz psicoterapia? Entre ambas vigora ou não uma relação? Se sim, qual?

Os tratamentos psíquicos, de modo geral são nomeados psicoterapias. Cria-se, assim, uma confusão decorrente e muitas vezes recorrente. A Psicanálise é uma espécie de psicoterapia? A Psicanálise não faz parte da Psicologia. Como o seu objeto, os seus objetivos, métodos de trabalho e pressupostos teóricos são diferentes, o “e” do título suscita enganos e sabemos que, também, insinua um parentesco duvidoso.

Procuraremos fundamentar algumas destas questões a seguir, esperando contribuir ao esclarecimento do tema proposto.

Se entendermos a Psicanálise como “um método psicoterápico” e um “conjunto de teorias psicológicas” (1) (LAPLANCHE e PONTALIS, 2001, p.495) poderão nos perguntar o porquê se produz discussão confrontando a psicanálise à psicoterapia e à própria psicologia.

Freud em seu artigo de 1904, “*O método psicanalítico de Freud*” (2), focaliza o problema da psicoterapia e, como faz em outros textos da época, afirma que a psicanálise é uma psicoterapia.

Contudo quando ele se referia à psicoterapia era para contrastá-la aos “meios curativos físico-químicos” existentes na época e, neste aspecto definia psicoterapia como “tratamento que se inicia na mente, o tratamento – seja de distúrbios mentais ou físicos – por medidas que atuam em primeiro lugar e imediatamente sobre a mente humana”. (3) (FREUD, 1969, p.297)

Seu objetivo pioneiro foi diferenciar o trabalho que ele realizava das outras psicoterapias racionais e sugestivas vigentes nesse período. O termo psicanálise usado no texto “*Hereditariedade e Etiologia das Neuroses*” (4) (FREUD, 1969, p.174) procurava expressar essa diferença perseguindo a gênese dos sintomas até suas origens em traumas cada vez mais precoces.

Todo conhecimento adquirido através da prática, estudos, observação e experimentação na Psicanálise se constituiu pelo reconhecimento inquestionável da presença de conflitos no psiquismo. A presença do conflito apontou para a existência de lutas internas entre partes opostas constitutivas do aparelho psíquico. Essas lutas apresentam-se como dor e sofrimento nos indivíduos.

As inquietudes e hesitações humanas foram compreendidas por Freud como decorrências da divisão estrutural do psiquismo em diversos sistemas, com funcionamento regido por um conflito permanente entre forças opostas.

A originalidade freudiana foi demonstrar de que modo o conflito psíquico assentava-se em parte no inconsciente, que se mantinha oculto ao registro psíquico do eu e do consciente – a outra parte do conflito.

A Psicanálise tem como objeto de estudo o inconsciente e apresenta-o como um sistema com ordem e lógica próprios, possuindo íntima relação com a constituição da subjetividade. O inconsciente freudiano é absolutamente diferente em relação à psicologia da consciência, não é o que temos de mais profundo, não é anárquico ou caótico. Não é aquilo que se encontra “abaixo” do consciente.

Freud declara enfaticamente que não há nada de arbitrário nos acontecimentos psíquicos, todos são determinados e daí possibilita a idéia de que há outra ordem que se anuncia onde à ordem consciente desconhece, não compreende, não há lógica racional. Queremos dizer, o inconsciente é uma estrutura psíquica diferente do consciente topográfica e formalmente, porém igualmente inteligível. Ele é uma forma de articulação com leis próprias e o que o define não são seus conteúdos, mas o modo como opera impondo a esses conteúdos uma determinada configuração.

Inconsciente e consciente se formam por efeito de um mesmo ato e não o segundo como uma alteração natural do primeiro. O inconsciente é constituído, sobretudo de representações imagéticas e apesar de ser concebido como um “lugar psíquico” não significa um lugar anatômico ou corporificável.

A concepção freudiana do inconsciente se desenvolveu sob os pontos de vista tópico, dinâmico e econômico e com a preocupação de Freud em deixar bem claro a diferença tópica entre os dois sistemas psíquicos – inconsciente e consciente. Essa preocupação advinha da necessidade de situar a Psicanálise fora da problemática da consciência e da Psicologia. Com isso, também, não deixar dúvidas a respeito das diferenças entre as duas ciências – Psicanálise e Psicologia - que possuem objetos de estudos distintos e a marca diferenciadora é o conceito de inconsciente.

O inconsciente possui natureza inesgotável, revelando-se através de seus efeitos: nos sintomas, atos falhos, chistes, sonhos, em várias possibilidades de formações. A

regra fundamental do tratamento psicanalítico é a associação livre, dizer o quê vier como vier. Deixar falar para que apareça o não dito, o indizível, ou o irrepresentável, e assim irrompam para que mudando de rumo tornem-se, talvez, abordáveis. O falar na situação analítica não é como as falas do cotidiano que lançam mão apenas dos recursos de linguagem. No tratamento analítico existe uma complexa variedade de comunicação, pois por meio do enquadre analítico se instaura as condições favoráveis ao trabalho do inconsciente e de sua linguagem – que não se restringe exclusivamente à linguagem verbal ou a da lingüística.

A prática clínica psicanalítica se dá no campo da “cura pela palavra”, uma prática de descoberta não redutível a uma psicologização do acontecimento psíquico ou a uma explicação do funcionamento mental. Uma prática que busca ajudar o sujeito a rever e reposicionar suas teorizações, suas crenças, a respeito da verdade sobre os fatos concernentes à realidade interna ou externa.

A Psicanálise visa em sua prática clínica permitir que o indivíduo funcione da melhor maneira possível com relação às suas possibilidades e com seus próprios meios. Não reduz o funcionamento psíquico a um modelo ideal, mas busca transformar um sofrimento psíquico em uma miséria comum.

Procurando desconstruir significados, deixando ao paciente o trabalho de reconstrução em torno de sua verdade, desenvolvem-se, assim, a escuta de uma complexa variedade de comunicação do paciente. Temos duas vertentes: linguagem (discurso + pensamento) e transferência que delimitam o campo da prática psicanalítica.

A transferência – fenômeno através do qual os pacientes mostram intensos sentimentos dirigidos ao analista – foi descoberta como resistência e se tornou o instrumento fundamental da terapêutica psicanalítica. Reviver na transferência o material psíquico infantil torna-o trabalhável porque é ele, no conjunto dos afetos ternos e hostis, que se apresenta no investimento afetivo do vínculo analisando - analista.

Os trabalhos técnicos de Freud pretendiam o desenvolvimento de uma postura ética e de um enquadre possíveis ao aparecimento das revivências transferenciais. O contexto em que se desenvolve o tratamento facilita uma visão mais adequada da neurose clínica e permite, assim, acesso à neurose infantil.

O paciente transfere necessariamente para outras figuras aspectos e sentimentos primitivos da relação com os pais. Trabalhar com a transferência no processo analítico propicia a vantagem, através de uma visão microscópica dessas manifestações, de facilitar ao analista melhores condições para interpretá-las. As atitudes do analista como a suspensão de um juízo moral ante o que diz ou faz o analisando, a resposta abstinente aos ataques ou seduções do paciente constitui ocasião para que se ampliem os aspectos transferenciais na análise. A isso se deve acrescentar o vigor de uma temporalidade original onde o passado, presente e futuro podem misturar-se sem preconceito com respeito ao mundo fantasmático do paciente.

Entendemos que faz parte do dever ético do analista não confundir o seu conhecimento – no sentido de acúmulo de conhecimentos da consciência - com o saber/não saber inconsciente do paciente, que por efeito da transferência é atribuído ao analista. O que especifica a posição do analista no que se refere à sua prática é não se deixar capturar por este efeito transferencial - lugar do suposto saber, mas sim entendê-lo como uma ilusão necessária para o processo que está se empreendendo.

O psicanalista não se envolve em um projeto de eliminação de sintomas, como também não vai orientar o analisando em sua vida. Suporta a demanda sem atendê-la, e só atende a demanda de análise. A questão ética para a prática psicanalítica assenta-se no valor de verdade do sujeito e não no valor pragmático de eficácia.

Na prática, nem sempre a potencialidade deste contexto é exercida de modo adequado. Em “O Ego e o Id” (5) (FREUD, 1969, p. 66), em nota de rodapé encontramos:

Talvez ele (o paciente) possa depender também de a personalidade do analista permitir ao paciente colocá-lo no lugar de seu ideal do ego, e isto envolve, para o analista, a tentação de desempenhar o papel de profeta, salvador e redentor do paciente. Visto que as regras da análise são diametralmente opostas a que o médico faça uso de sua personalidade de tal maneira, deve-se honestamente confessar que temos aqui outra limitação à eficácia da análise; afinal de contas, esta não se dispõe a tornar impossíveis as reações patológicas, mas a dar ao ego do paciente liberdade para decidir por um meio ou por outro.

A posição que deve ter o psicanalista dentro do contexto do tratamento é, e deve ser sempre discutida. O analista não pode aparecer como figura “real” exatamente para permitir que o paciente se aproxime de sua própria realidade psíquica e assim não se deixar modelar pelo “real”, suposto ideal, do analista. Quando o analista é uma figura “real”, queremos dizer, alguém que mostra as próprias posições, resulta, necessariamente, em dominação e alienação. Precisando ser como o analista, ou contrário a ele, o paciente não pode “chegar a ser o que é”. Isto é, continuaré aprisionado em sua neurose infantil, presa de sua infância onde acreditou que seu ser, sua existência, seria encontrada na imagem e semelhança de um outro idealizado. A única característica fundamental a ser mostrada pelo analista é uma atitude de respeito e verdadeiro interesse, que não significa apoio ou condenação, pelas posições do analisando.

Quem procura uma análise possui um sofrimento, um sintoma que é aquilo que molesta, incomoda, provoca desprazer e dor. O sintoma é sinal de que algo não está funcionando, mas não é só patológico, não é apenas fonte de sofrimento: pode ser também, uma tentativa de saída para a saúde que garanta certa ordem no sujeito. Freud entende que os sintomas neuróticos não ocorrem por acaso, têm uma causa, são determinados e suas raízes estão na história do sujeito.

Aquele que vem consultar um psicanalista está motivado por um sofrimento, um sintoma e possui uma teoria, uma explicação a respeito do que lhe acontece. Ele tem crenças construídas, e arduamente construídas, ao longo de toda sua vida. A necessidade de crer, de fazer explicações, teorias, acompanha todo sujeito e funciona como uma defesa, um modo de pensar as coisas para encontrar saídas diante do enigmático da vida, das dores do viver, das decepções e tarefas insolúveis. Por isso, seus sintomas lhe são extremamente caros no sentido de “queridos”, pois foram laboriosamente produzidos e articulados com o que dispunha de melhor em seu psiquismo.

Freud na sua segunda tópica, em 1923, explica a organização e funcionamento do aparelho psíquico dividido em três instâncias: id (isso), ego (eu) e superego (supereu).

O Ego, instância psíquica, não é definido como o conjunto do indivíduo, nem mesmo o conjunto do psiquismo: é apenas uma parte. Ele tem sobre si, desde seu

surgimento no psiquismo, o trabalho constante e ininterrupto de pensar seu corpo e seu estado desejanste. Está permanentemente encarregado de mediar às exigências das outras instâncias – id e superego – e as exigências da realidade. Para o Ego o mundo ou as outras partes do psiquismo (Id – pólo de excitações da libido e o Superego – sistema de interdições) só terá existência psíquica se se tornam pensáveis. Quer dizer, se faz ligações das representações de coisa com as de palavra. Para isso, ele investe duramente, insistentemente nessas religações para tornar pensável o que lhe chega pelo exterior (mundo externo) e pelo interior (do psiquismo). O Ego não consegue sentir uma emoção sem descobrir e nomear a causa, sem fazer uma teoria para dar ao que sentiu um destino, um caminho.

O Ego investe nas ligações para transformar o que esta em estado bruto – uma sensação, uma excitação, uma percepção – em algo mais possível de ser “mentalizado”, pensado. Todo esse trabalho do Ego é importante para o psiquismo, para o escoamento das intensidades de excitações, para transformar o desejo. Caso contrário, a ameaça seria a de instalar-se um estado insuportável de excesso para o aparelho psíquico.

Os pensamentos resultantes da atividade do Ego não são respostas definitivas e exatas para o sujeito chegar à compreensão de si e do mundo. Sofremos porque temos que suportar a incerteza, os enigmas, o que não há quem, nem o quê responda.

Como não se toma, em uma análise, o sintoma objetivamente a ser tratado ou eliminado, o paciente na medida em que fala, reconhece seu inconsciente trazido à luz no processo analítico pelo discurso, pensamentos ou palavras que o surpreendem com uma nova possibilidade de teorização. Reconhecendo em si mesmo um conflito, colocando-se uma questão sobre o que lhe causa sofrimento, desconfia que seja sobre o quê causa o sintoma que deve se interrogar.

Sendo assim, dirigindo-se a um sujeito em sofrimento o tratamento proposto pela Psicanálise não será de orientar, aconselhar e muito menos de dizer o quê deve fazer com a sua vida. Não se trata de positivar todo pensamento. Não se trata de apelar ao bom senso e as obviedades das ações. Por quê? Porque o Ego do paciente já trabalhou bastante antes de chegar a consultar um psicanalista. Já se iludiu com várias construções psíquicas, com várias teorias sobre o seu sofrer, se recriminou, vitimizou, se puniu e tem dificuldades nos seus relacionamentos com o mundo. O paciente não está

do jeito que está porque não pensou, não pensou direito ou faltaram idéias. Está assim porque repete a mesma forma de pensar, e essas repetições produziram uma ruptura no ponto de equilíbrio de sua vida.

No estado exaurido que o Ego do neurótico vai ao encontro do analista é de se esperar que peça que este faça algo com seu sofrimento. Vai atrás de um saber, uma resposta para ter mais poder sobre os afetos. E assim, poder de uma vez por todas não sofrer, não ter nenhum conflito entre seus pensamentos e as experiências, imaginando que a saída, depois de tanta luta, será pensar completo, sem falta. Espera que a análise funcione como um medicamento, após consumi-lo os sintomas e desconfortos deve desaparecer.

Em 1905, no “Fragmento da Análise de um caso de Histeria” (6) (FREUD, 1969, p.102) Freud descreve um fragmento de um encontro analítico, tal como relata no trecho seguinte:

Ela (Dora) deu início à terceira sessão com as seguintes palavras:

- Sabe que está é a última vez que venho aqui?
- Como posso saber, se você nada disse?
- Pois é. Decidi continuar até o Ano Novo. Não esperarei mais do que isso para me curar.
- Você sabe que tem a liberdade para interromper o tratamento quando quiser. Mas hoje continuaremos com nosso trabalho.

E mais adiante acrescenta (6) (FREUD, 1969, p. 106):

Poderia ter conservado a jovem em tratamento, se eu próprio desempenhasse um papel, se exagerasse a importância que sua permanência tinha para mim, mostrando um sincero interesse pessoal por ela. A despeito de todo o interesse teórico e das tentativas de ajudar, como médico sustento o fato de que deve haver limites para o emprego da influência psicológica, e respeito, como um destes limites, a própria vontade do paciente e sua compreensão.

Este recorte de um caso clínico de Freud nos faz chegar ao essencial do que faz a

Psicanálise, especificamente. A Psicanálise revolucionou ao criar um fazer que não se apóia na pura influência direta do profissional buscado para solucionar entraves psíquicos, e ao legitimar ao paciente um saber que lhe é, à princípio, desconhecido por encontrar-se recalado, mas entendendo-o como fonte de seus problemas e também de suas resoluções.

Para a proposta de cura da Psicanálise é necessário que o paciente deseje fazer algum tipo de transformação em si mesmo (não simplesmente “nos outros ou pelos outros”) para que o tratamento psicanalítico possa acontecer: o desejo é fundamental.

É fundamental que uma parte do sujeito deseje parar de sofrer com seus sintomas, mas que saiba que é um trabalho que vai exigir uma posição ativa, uma responsabilidade perante seus atos e seus desejos.

O que caracteriza, em resumo, a Psicanálise como prática clínica?

Pensemos nesta afirmação: a Psicanálise possui um método clínico, que Freud caracterizou por quatro elementos: o inconsciente, a interpretação, a resistência e a transferência. Estes quatro elementos são essenciais para que um trabalho clínico possa ser chamado legitimamente Psicanálise. O encontro analítico é diferente dos outros encontros humanos na medida em que, processando-se dentro de uma técnica, não é natural, nem corriqueiro.

Em Psicanálise o papel do analista é facilitar o aparecimento da verdade subjetiva daquele sujeito em tratamento. A análise bem conduzida é fator inevitável de transformação.

Com tudo o que abordamos até aqui verificamos que é considerável a responsabilidade de ser analista. A análise pessoal, um dos pontos do imprescindível tripé da formação do psicanalista, deve ter dado ao analista consciência mais ampla da necessidade de aceitação da sua impotência, da quebra de seu narcisismo, de modo a transformá-lo em receptor capaz de interagir adequadamente ao material transferencial do paciente e, através da interpretação, acompanhá-lo nas melhores condições de promover o insight.

Se a posição em que o psicanalista se coloca é a da escuta de uma subjetividade, ela o coloca quase sempre no limbo onde as palavras, os suspiros, os ritmos fazem uma

dança diferente do que seu enunciado poderia pressupor. Este encontro entre duas pessoas, que é a análise, é regulado por um funcionamento diferente de uma e de outra.

Para o analista, espera-se que funcione em atenção flutuante, ou seja, um estado receptivo de “devaneio” atento, para ouvir o analisando, abstenendo-se de responder no manifesto das solicitações explícitas ou implícitas.

A não-resposta do analista pode ser considerada, na situação analítica, como a regra fundamental do analista. Se o analista responder ao que exprime ou pede o paciente, a comunicação se encontraria restabelecida sob a forma informativa ou interativa. Desta forma, acreditamos que a palavra perderia logo depois as condições requeridas para ser enfim palavra – acolher nela o intervalo entre o que ela faz ouvir, o que diz no que fala.

Para o analisando pede-se a associação livre, ou seja, dizer tudo o que lhe ocorre, sem levar em conta a vergonha, a coerência e lógica, o caráter insignificante ou não, ofensivo ou não, propondo-se, em geral, o divã para melhor conseguir esta fala associativa.

Estas regras fundamentais estão sempre presentes como referência no trabalho do analista. Essas condições, este modo de funcionar do analista, regra de abstinência, de reserva, de não resposta, que permite mais do que o não estar olhando nos olhos, adquirir um modo particular de presença.

Porém, a partir da compreensão analítica dos processos psíquicos, caberá ao psicanalista decidir, se o paciente poderá se beneficiar de uma análise clássica ou se necessitará de alguma modificação nas condições do *setting* usual analítico. Análise com o uso do divã ou análise face a face, ambas decididas com base no diagnóstico e nas condições mentais apresentadas pela pessoa por ocasião das primeiras entrevistas.

A associação livre e atenção flutuante constituem as condições onde o desconhecido irrompe inesperadamente, revelando os contornos de um fantasma inconsciente que obstaculiza o livre curso do desejo, propiciando um alívio no sofrimento geral de quem procura uma análise.

O encontro psicanalítico poderá propiciar elaboração psíquica das fantasias inconscientes que permite um processo de simbolização, elaboração do luto não

realizado das perdas objetais que permeiam e constituem a vida psíquica, tornar-se capaz do riso, aceitar a castração.

O processo psicanalítico se inscreve na linhagem dos pensamentos que procuraram dar conta de uma passagem da servidão inconsciente para a liberdade possível.

O inusitado desta experiência, nunca inteiramente passível de descrição, faz com que se tenha a vivência da eficácia da cura pela palavra, outro modo de definir a Psicanálise.

Freud delinea em “O Mal estar na Cultura” (7) (FREUD, 1969, p. 103) a ética psicanalítica afirmando:

Não existe uma regra de ouro a respeito da felicidade que se aplique para todos. Cada um deve buscar por si mesmo a maneira em que possa ser feliz. Sua escolha do caminho a seguir será influenciada pelos mais diversos fatores. A felicidade implica, portanto, a concorrência das circunstâncias exteriores e da constituição psíquica.

Concluimos, diante desta nossa exposição, que a Psicanálise é terapêutica. O trabalho psíquico é induzir a transformação acreditando no valor transformador do ego.

A idéia de um tipo de psicoterapia denominada “de inspiração psicanalítica” ou “de base psicanalítica”, como derivada e subproduto da Psicanálise, parece-nos acometida por uma confusão entre conteúdo e forma, entre objetivos e modalidades.

Reconhecemos que as diversas psicoterapias não analíticas possuem métodos terapêuticos apoiados sobre uma concepção articulada do que é o ser humano, concepção que destaca certos aspectos e excluem outros, e modulará seus procedimentos terapêuticos de acordo com o que vê. Na Psicologia clínica cada psicoterapeuta vê e ouve com base no que acredita ser existente e vigente no psiquismo, utilizando os conceitos e hipóteses adequados a teoria que trilhou sua formação profissional. Nosso questionamento aqui colocado se dirige às psicoterapias chamadas “de inspiração ou base psicanalítica” que, a nosso ver, tentam combinar ou mesclar concepções diferentes a Psicanálise. Quanto às terapias não analíticas, não fazemos qualquer apreciação sobre elas por total desconhecimento. Acreditamos, porém, que todo trabalho clínico deve ser precedido por uma longa e exigente formação baseada na

terapia do psicoterapeuta e, no estudo sério da teoria que servirá de instrumento para o seu pensar clínico.

Para nós, a Psicanálise representa o que de mais sofisticado, flexível e fecundo já se inventou sobre o psiquismo. Estamos como psicanalistas em permanente investimento no aprofundamento dos estudos e na prática da Psicanálise porque ela nos parece suficientemente rica e complexa para tal.

REFERÊNCIAS

- (1) LAPLANCHE, J./PONTALIS, J. - B. Vocabulário da Psicanálise. São Paulo: Martins Fontes Editora Ltda, 2001.
- (2) FREUD, S. - O método psicanalítico de Freud, 1904. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (E.S.), Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago Ed. Ltda, 1969.
- (3) FREUD, S. – Tratamento Psíquico (ou Mental), 1905. E.S., Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago Ed. Ltda, 1969.
- (4) FREUD, S. – Hereditariedade e a Etiologia das Neuroses, 1896. E.S., Vol. III. Rio de Janeiro: Imago Ed. Ltda, 1969.
- (5) FREUD, S. – O Ego e o Id, 1923. E.S., Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago Ed. Ltda, 1969.
- (6) FREUD, S. – Fragmento da Análise de um caso de Histeria, (1905[1901]). E.S., Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago Ed. Ltda, 1969.
- (7) FREUD, S. – O Mal estar na Cultura, (1930[1929]). E.S., Vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago Ed. Ltda, 1969