

# Psicanálise e psicoterapias

RENATO MEZAN

É COM INTERESSE QUE RETOMO a questão psicanálise e psicoterapias (1), objeto de um dos meus primeiros trabalhos, exposto em jornada do Departamento de Psicanálise do Instituto *Sedes Sapientiae* (2). Reportando-me a esse texto, acrescentarei algumas idéias que nele não estão inseridas. Espero ter aprendido alguma coisa mais sobre o tema de 1982 para cá... Minha apresentação terá como base, ainda, uma das perguntas feitas na entrevista que dei para o jornal do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (3): como caracterizar a relação entre a psicanálise e as psicoterapias? Nessa questão, era possível notar certo desejo de canalizar a psicanálise para a área de competência do Conselho de Psicologia. Se a psicanálise é uma parte da psicologia, então deveria ser exercida por psicólogos e regulamentada como as suas demais atribuições. Em minha opinião, quando esta é a implicação, o problema deixa de pertencer à esfera científica ou à esfera ética, passando a ser uma questão de reserva de mercado. Como me oponho a qualquer tipo de reserva de mercado – e não por tendências neoliberais, mas porque na área do conhecimento reserva de mercado equivale a obscurantismo – preferi tentar colocar a questão em outros termos, o que desejo lhes apresentar nesta breve intervenção.

\* \* \*

Acredito que sempre se deva começar situando um problema no seu devido contexto; no nosso caso, trata-se de um contexto histórico. Há um artigo do próprio Freud, datado de 1904 e intitulado *O método psicanalítico de Freud*, no qual ele focaliza o problema da psicoterapia e, como faz em outros textos da época, afirma que a psicanálise é uma psicoterapia. A relação entre ambas é portanto da espécie ao gênero, da parte ao todo. Mas é preciso entender tal afirmação com cuidado porque, obviamente, o que Freud chamava de *psicoterapia* naquela época – e que fundamenta o seu argumento – já não corresponde ao que hoje é definido pela mesma expressão: as mais de duzentas práticas que foram mencionadas, neste evento, por Dr. Weil.

*Psicoterapia* era, em 1904, um método de trabalho pertencente à medicina, que procurava curar as doenças ditas *nervosas* por meios psíquicos e não por meios físicos. Tais doenças eram a histeria, a neurastenia, a melancolia, entre outras. A própria classificação destas doenças era confusa; entre 1890 e 1910, Freud propôs diversas formas para estabelecê-la. De modo geral, uma doença

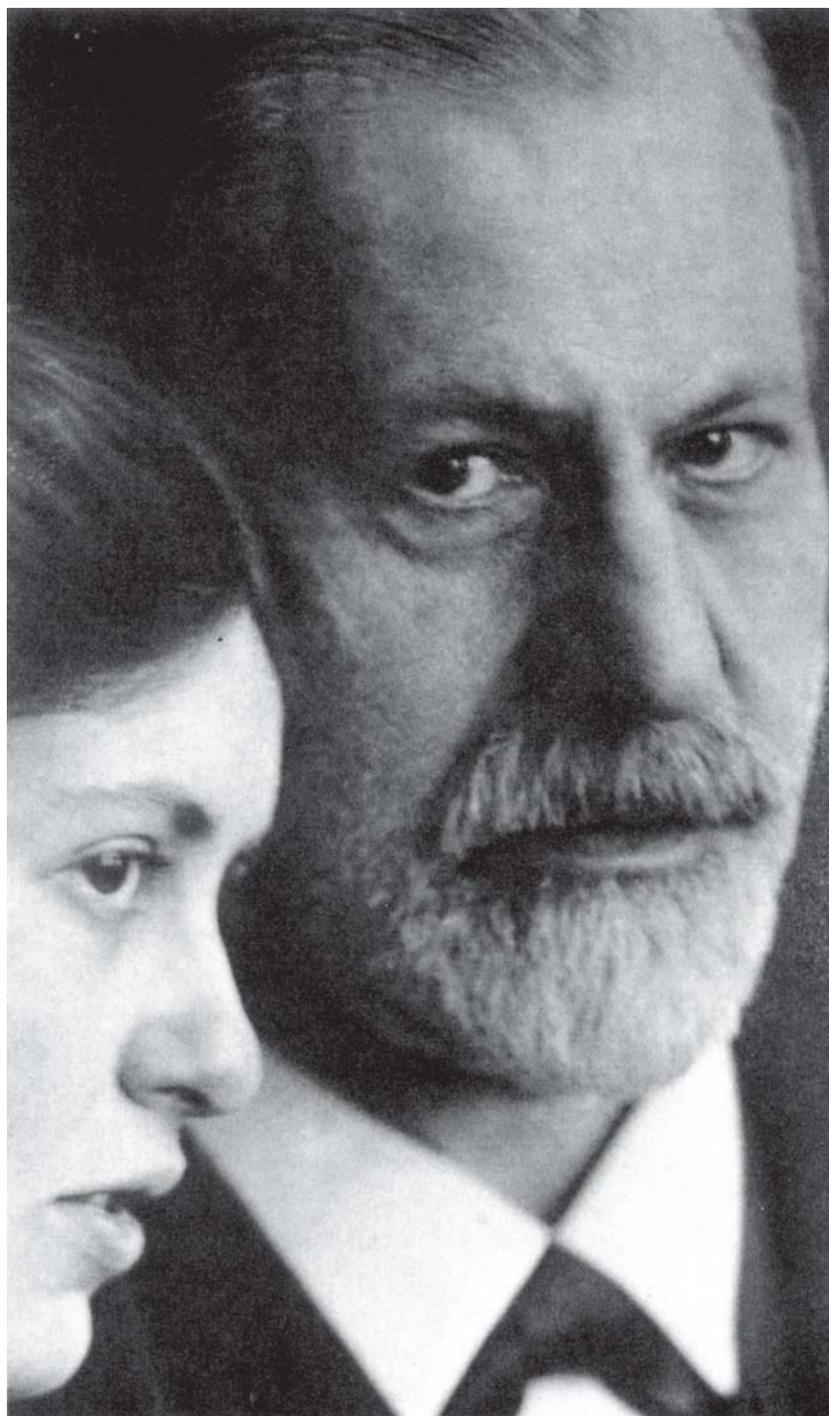
seria *nervosa* – ou, no vocabulário científico, uma *neurose* – se não tivesse causas físicas, como por exemplo lesões no cérebro ou no sistema nervoso. Se, uma vez realizados os exames apropriados, não se verificasse a ocorrência de qualquer distúrbio orgânico, estaríamos diante de uma moléstia de tipo neurótico. Freud construiu sua primeira nosografia distinguindo as *neuroses atuais* das *psiconeuroses*; nas primeiras, a origem deveria ser buscada no presente e não nos conflitos infantis recalçados (justificando assim a definição de *neuroses atuais*), e seus sintomas não seriam de tipo simbólico, mas refletiriam diretamente os efeitos da abstinência sexual, completa ou parcial (4). Já as *psiconeuroses* – histeria, neurose obsessiva etc. – teriam sua origem no passado infantil, e seus sintomas resultariam da atuação dos mecanismos de defesa.

Para ambos os tipos de neurose, Freud recomendava tratamento *psíquico*, isto é, por meio de uma conversa terapêutica – a psicoterapia. Esta se opunha aos métodos *físicos* que, naquele tempo, eram os banhos medicinais, a eletroterapia e outros do gênero (eletroterapia não significava então choques frontais, técnica iniciada nos anos cinqüenta, mas a estimulação elétrica de certas zonas do corpo por um aparelho que Freud chegou a utilizar no início da sua carreira). A psicoterapia diferenciava-se assim das outras formas de tratamento porque buscava influir sobre o psíquico por meios psíquicos, e não por meios diretamente corporais.

Ocorre que, no gênero psicoterapia, a primeira modalidade que se praticou foi a hipnose; Freud começou hipnotizando suas pacientes, e foi precisamente por sua insatisfação com aquele método que criou a psicanálise. A diferença fundamental entre a hipnose e o que Freud fazia consiste em que, na primeira, o hipnotizador opera por meio da sugestão, dizendo ao paciente o que deve fazer para se liberar dos sintomas que o incomodam. Já na psicanálise, o uso da sugestão é desaconselhado, e justamente por isso o dispositivo analítico visa a chegar até o conflito emocional pelos meios conhecidos como livre-associação, interpretação etc. Para proteger o paciente e o analista dos riscos da sugestão, Freud recomendava as atitudes que conhecemos como *neutralidade* e *abstinência*, marcas registradas da psicanálise até hoje.

Assim, a psicoterapia era no início *idêntica* à psicanálise, se concordarmos em excluir o hipnotismo como método terapêutico – e não por ser anticientífico, mas porque com ele o meio empregado para obter resultados era a sugestão. Apenas tais resultados não poderiam ser considerados *terapêuticos* no sentido de modificar a economia psíquica do paciente; a sugestão não resolvia – como não resolve até hoje – o conflito: simplesmente o silenciava, o recobria com a influência do hipnotizador e, cessada a sugestão, o conflito retornava tal e qual (às vezes agravado). Por esta razão, Freud podia dizer que a psicanálise era uma forma de psicoterapia e, diria eu, a *única* psicoterapia: a ênfase é colocada no radical *psico*,

opondo-se ao que chamei meios físicos. Como terapia, propunha-se a alcançar regiões da mente inteiramente inacessíveis à prática hipnótica – o inconsciente e seus conteúdos recalçados.



Reprodução

*Freud e a filha  
Sophie, falecida em  
janeiro de 1920,  
aos 27 anos*

Já o termo *terapia* tem uma história interessante. Significa cuidado e é empregado por Platão em seu diálogo *Êutifron*. Neste diálogo, Sócrates pergunta a Êutifron, um sacerdote, o que é a piedade, e recebe como resposta a seguinte definição: a piedade é "a parte do justo que concerne ao cuidado com os deuses" (" *tò méros tou dikaiou perí tén tôn theôn therapeían* ") Este cuidado, prossegue Êutifron, consiste num benefício prestado por um especialista, que resulta em benefício ou melhoria para quem o recebe: assim, o cuidado que o palafreireiro presta aos cavalos os torna mais velozes e mais saudáveis, o cuidado que o pedagogo dispensa aos meninos os torna educados, e assim por diante. Este benefício é portanto uma *mudança*, e uma mudança para melhor.

Ora, o cuidado – que em grego se diz *therapeía* – em latim chama-se *cura*. *Cura*, *curae*, da primeira declinação. *Cura* veio tal e qual para a nossa língua, em que, além do sentido médico de restabelecer a saúde, tem significados muito próximos aos da palavra latina: *curar o queijo*, *curar a madeira*, significa levar tais substâncias ao seu grau máximo de excelência; *curador* de uma exposição é quem escolhe as obras e as dispõe do modo mais apropriado para obter o efeito desejado; o *curador de menores* exerce a *curatela*, isto é, a proteção dos frágeis; existe o termo *cureta*, que designa um instrumento para raspar (*curetagem*) aquilo que deve ser eliminado do organismo etc. São sempre palavras que implicam uma ação para melhorar e proteger, portanto indicando a direção em que se deseja obter uma transformação.

Tal esclarecimento é importante porque, com o correr dos anos, o problema da cura veio a se tornar significativo nos campos da psicanálise e das psicoterapias. De início, como a psicanálise era um método da medicina – embora sem empregar os meios típicos da profissão, tais como examinar e receitar – era óbvio que sua finalidade era *curar o paciente da sua neurose*. A questão é que Freud e seus discípulos foram percebendo que, sob esta simples expressão, se ocultavam imensos problemas. Qual era, exatamente e para começar, o aspecto que se deveria curar? Os sintomas? Mas justamente, estes eram tidos por expressões deformadas de um conflito inconsciente, o qual, por sua vez, não era algo que tivesse ocorrido no passado e uma única vez; na verdade, durante o tratamento, o conflito permanece ativo e produz manifestações de um tipo peculiar – as manifestações da transferência. E assim, de item em item, a própria noção médica de cura veio a se tornar muito problemática na psicanálise, uma vez que o objetivo desta não é eliminar os sintomas, mas modificar em profundidade toda a estrutura psíquica cujo funcionamento origina e mantém aqueles sintomas. Aqui podemos ver com clareza o quão distantes se tornaram, já nos primeiros anos de existência da psicanálise, o método freudiano e o hipnotismo. Por isso afirmo, há pouco, que a psicanálise *era* a psicoterapia, por menos exigentes que fossem os critérios de tal transformação do funcionamento mental. Esta só pode ser obtida com a participação ativa do interessado – o *paciente*, termo curioso

neste contexto, mas que se consagrou e que prefiro a *cliente* – e tal participação está excluída das práticas hipnóticas. Ela implica a pessoa no trabalho de forma muito diferente do que no caso de um tratamento médico e, como isto é bem conhecido, não me estenderei sobre este tópico.

\* \* \*

Esta era a situação até os primeiros anos deste século. Se as coisas tivessem permanecido assim, nossa mesa de hoje não incluiria o tema que estou abordando. Ele tornou-se de interesse porque, com o tempo, as psicoterapias vieram a se diferenciar da psicanálise – que no entanto é seu solo comum. Tal diferença começou a ocorrer com as dissidências dentro do movimento analítico, como as de Jung, Adler, Rank, Reich, entre outros, os quais vieram a questionar alguns dos elementos básicos das teorias de Freud, e neste trajeto acabaram por modificar em pontos essenciais o método clínico da psicanálise. Isso é fácil de ser compreendido: ao recusar esta ou aquela parte das concepções freudianas, os dissidentes automaticamente alteravam ou suprimiam as partes do método clínico que se fundamentavam no que estavam rejeitando. Por exemplo, quando Jung rejeita a teoria da sexualidade infantil, naturalmente perde o interesse por investigar as manifestações adultas daquela sexualidade, entre as quais se conta a transferência no sentido psicanalítico. É óbvio que deixará de *interpretar a transferência* da maneira como Freud o fazia.

Por esta razão, é interessante recapitular o que Freud considerava como os elementos fundamentais do seu pensamento. Um destes elementos é a *metapsicologia*, a teoria propriamente dita, que procura explicar o funcionamento mental em geral. Fazem parte desta teoria hipóteses e conceitos articulados entre si, como a noção de uma região psíquica inconsciente, o complexo de Édipo, os mecanismos de defesa, as pulsões sexuais etc. Algumas destas hipóteses e noções são mais próximas da prática clínica propriamente dita – por exemplo, resistência ou transferência – e outras são mais distantes, como a idéia de pulsão. Em seu conjunto, formam um repertório de elementos com os quais se pode construir um modelo teórico do que se passa numa análise, do modo peculiar de funcionamento do paciente etc. Gosto de comparar a metapsicologia com o jogo das contas de vidro de que fala Hermann Hesse, no romance do mesmo título, e exercitei-me algumas vezes tentando aplicar estas diferentes possibilidades de combinação à compreensão de processos psíquicos descritos por alguns escritores: a inveja, num conto de Clarice Lispector, ou um amor impossível, numa história de Eça de Queirós (5). Procurei utilizar idéias como as de forças psíquicas, investimentos, contra-investimentos, defesas etc. para construir um modelo que desse conta, tanto quanto possível, do comportamento dos personagens, assim como fazemos quando procuramos compreender metapsicologicamente o funcionamento de uma pessoa real.

Estes exercícios nos ensinam a manejar um instrumento teórico que permite descrever processos psíquicos utilizando um vocabulário consistente, rigoroso e ao mesmo tempo muito flexível. Outros, trabalhando com instrumentos diversos, podem oferecer uma descrição diferente; a única exigência epistemológica que me parece adequado formular é que quem utiliza tais instrumentos, diferentes dos que eu emprego, possa discriminar com precisão quais fenômenos cabem sob tal ou qual conceito e quais outros não podem ser incluídos na sua esfera. Se tal sonho ilustra o arquétipo da Grande Mãe, o terapeuta que emprega este conceito precisa reconhecer qual outro sonho não envolve este arquétipo; caso contrário, tudo vira uma grande *sopa* conceitual e as noções deixam de ser úteis para pensar.

É evidente que uma das diferenças fundamentais entre a psicanálise e as terapias não-psicanalíticas consiste no fato de empregar-se ou não a metapsicologia freudiana, ou de origem freudiana, para compreender o processo terapêutico. Mas a psicanálise não é só a metapsicologia; ela possui um método clínico que, na *História do Movimento Psicanalítico* (1914), 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 de *psicanálise*.

Se uma forma qualquer de trabalho clínico não os emprega, não deve ser chamada de psicanálise. É para toda esta vasta gama de procedimentos que julgo adequado utilizar a designação de *psicoterapias*.

Uma das fontes das quais surgiram as psicoterapias foi, como já mencionado, o trabalho dos discípulos de Freud ao se afastaram dele por razões teóricas, políticas ou pessoais. Outra fonte, mais heterogênea, é formada pelo trabalho daqueles que não tiveram contato com a psicanálise, ou que construíram seus sistemas de pensamento e de atendimento em *oposição* a certas características dela. Justamente por serem muito heterogêneas entre si, cada qual tendo uma história específica e uma fundamentação teórica (que pode ser mais, ou menos, consistente), é impossível falar delas em conjunto, a não ser pela característica que todas compartilham: deliberadamente afastam-se da psicanálise, recusando quer a sua teoria do inconsciente, quer o seu método de interpretação, quer sua forma de trabalhar com a resistência e com a transferência, quer a postura de neutralidade e de abstinência que Freud recomendava, quer a posição deitada no divã, quer a frequência plurissemanal das sessões... A lista pode continuar indefinidamente, já que para cada tipo de fator recusado na herança freudiana pode-se imaginar um procedimento terapêutico baseado em tal recusa. Para dar um ou outro exemplo, as terapias behavioristas não operam com a noção de inconsciente, o procedimento rogeriano baseia-se na recusa da abstinência e no uso enfático da empatia, e assim por diante.

Eu acrescentaria outro elemento diferenciador entre a psicanálise *stricto sensu* e as diversas psicoterapias: o emprego metódico da regressão. A regressão é um processo psíquico que, a meu ver, é muito facilitado pelas condições do *setting* clássico, ou seja, o divã, o atendimento individual várias vezes por semana e a neutralidade de princípio do analista. Algumas terapias estão interessadas na regressão, outras não; entre as primeiras e a psicanálise, porém, a diferença está no *manejo* deste processo: para o analista, ele está estreitamente conjugado com a transferência e requer, portanto, um tipo peculiar de interpretação. São questões complexas, naturalmente, e que aqui só podem ser mencionadas de passagem. Do meu ponto de vista, prefiro chamar de psicanálise somente os métodos que trabalhem com estas – todas e cada uma – características: dispositivo que favoreça a regressão (o desamarrar dos nós da vigilância consciente, como propicia a associação livre), interpretação da resistência e da transferência, vinculação destas com a sexualidade infantil, e hipótese fundadora de que os conflitos são inconscientes porque estão submetidos à pressão das defesas do ego. Pode haver muitos e bons métodos que trabalhem com pressupostos diferentes, mas eu não os chamaria de psicanálise. Para eles, reservo a designação geral de *psicoterapias*.

\* \* \*

Exemplificando a maneira como se trabalha a psicanálise, tornar-se-á mais evidente o que estou procurando lhes dizer.

Uma paciente tem sua primeira sessão no divã, após duas ou três entrevistas preliminares, nas quais disse categoricamente que jamais seria capaz de conversar com alguém que não pudesse ver, já que o essencial para ela é justamente poder *olhar nos olhos* do interlocutor. Desse modo, a análise precisaria ser feita com a paciente sentada, em face a face, ou ela não poderia garantir sua permanência; "afinal, o divã é para gente muito perturbada, é uma técnica antiquada" etc. Tudo é dito com muita veemência; expressões faciais variadas alternam-se com gestos teatrais com as mãos, enquanto esta moça, atraente e esbelta, desfia seus argumentos.

Não obstante, eu lhe digo que vale a pena experimentar o divã, e na sessão inicial, ela concorda em se deitar. A razão para minha intransigência no assunto é que, a meu ver, este caso é uma indicação clara de análise clássica, e esta exige o divã como recurso técnico (sobre a questão da indicação, voltarei a falar na conclusão desta intervenção). A paciente deita-se e diz que uma pessoa obesa não poderia ocupar o divã, por ser ele estreito; seu marido, que é obeso, opõe-se tenazmente à idéia de que ela faça uma análise, e recusa-se a ajudá-la no pagamento das sessões. Após falar um pouco mais do marido, ela associa com seu filho, um garoto que acabou de passar por uma cirurgia plástica – o peito era demasiado protuberante, e isto o envergonhava muito, a ponto de, na praia, ele

não querer tirar a camiseta para evitar que os outros meninos o ridicularizassem. A cirurgia ocorrera há poucos dias; o filho ainda não queria se olhar no espelho, temeroso de ver cicatrizes, ou talvez de perceber que a operação não o deixara com o aspecto imaginado. A mãe lhe disse: "que bobagem, você pode se olhar sem problemas, não há nada de errado com seu peito".

Esta seqüência é suficiente para ilustrar os tópicos essenciais do método analítico como, aliás, qualquer outra tirada de qualquer outra análise. O que temos aqui? No nível mais imediato, uma série de relatos sobre a família da paciente, *dados de realidade*, como se costuma dizer. Mas o analista não os ouve assim: considera que estas associações se referem não só ao *lá*, mas também ao *aquí*; são representações adequadas ao jogo dos afetos mobilizados pela sessão, e por este motivo são elas as que surgem na consciência, de preferência a quaisquer outras, que seriam as *escolhidas* se as condições fossem diferentes.

Do que fala a paciente? Nos dois fragmentos, de sua *oposição* a outras pessoas (marido e filho). O seu discurso pode ser assim resumido: "é, mas ...". Fala de duas vontades, uma positiva (fazer análise, olhar-se ao espelho) e outra negativa (oposição à análise, medo de olhar-se no espelho). Estamos, assim pensa o analista, diante de um conflito *interno a ela*, porém projetado no conflito entre ela e algum outro. Conflito mais aberto e claro no caso do marido, menos evidente no caso do filho. O analista gira estes elementos uns sobre os outros, como num caleidoscópio, e observa as configurações que vão se formando. Neste caso, o que aparece é o desejo da paciente de começar sua análise, *mas* com o medo de *se olhar no espelho* e se descobrir *obesa*, ou pelo menos diferente do que sua auto-imagem lhe diz que é. As duas associações têm como referente o *corpo* (obesidade, cirurgia); na segunda, sobre o filho, fala do temor de se *desnudar* e de ser reprovada pelos *outros*. Há aqui um complexo jogo de vários elementos, nos quais os temas subjacentes formam um certo desenho: o que vou descobrir no espelho da análise? Será que este outro *eu* cabe no divã? O que o analista (os outros meninos) vai pensar do que eu lhe mostrar, se e quando *tirar a camiseta da consciência*? Eu mesma não ficarei assustada ou decepcionada? Estas são as significações latentes mais imediatas que podem ser discernidas, simplesmente tomando-se como ponto de partida que o discurso – qualquer discurso – tem sempre no mínimo dois referentes: *aquilo de que se fala* (filhos, marido etc.) e *quem fala*; *de te fabula narratur*, dizem os romanos. Há também outras camadas, como por exemplo a indisfarçável aura erótica evocada pela idéia de desnudar os seios perante o analista, e outras mais; porém, para meus propósitos, bastam as já mencionadas.

Nesta breve seqüência, encontramos os elementos que Freud considerava essenciais ao trabalho analítico: o inconsciente é o objeto da atenção do analista – a paciente fala, e diz muito mais do que pensa estar dizendo; a transferência –

ao falar da família, ela está criando um cenário para o drama que começa a se desenrolar entre paciente e analista; a resistência – ao iniciar-se o processo regressivo induzido pelas coordenadas da situação analítica, surge o medo, no caso medo do que *poderia acontecer*, e aparece a imagem do *marido* que se opõe à análise, ou seja, uma figuração da parte do psiquismo *dela* que se opõe à análise; antes havia se expressado dizendo que o divã era para gente muito perturbada, que ela precisava *olhar nos olhos* (isto é, controlar o interlocutor) etc. A interpretação da resistência e da transferência é o que acabei de lhes apresentar: compreender o que a paciente diz como a ponta de um *iceberg*, cuja parte submersa está formada pelo jogo de forças e contra-forças descrito pela metapsicologia.

Há outros fatores presentes neste discurso que vale a pena mencionar brevemente. Em primeiro lugar, a indicação do lugar eminente que os investimentos narcísicos ocupam na organização psíquica desta pessoa: o corpo, a esbeltez, a obesidade, a aparência, o que os outros meninos vão pensar do seu aspecto físico etc. Em segundo lugar, o uso predominante de alguns mecanismos de defesa típicos das neuroses, como o recalque, a cisão (ela = ela e o marido, ela e o filho), a projeção, a denegação ("que bobagem, vá se olhar no espelho, não verá nada de mais") etc. Em terceiro lugar, a capacidade de estabelecer de imediato uma transferência densa, rica em elementos simbólicos e erotizados, justamente com a evidência de que as engrenagens mentais estão montadas de forma a sugerir uma probabilidade muito pequena de psicose ou de personalidade *borderline*: o ego está no devido lugar, o inconsciente aflora mas sem invadir a cena, não há transbordamento de angústia, os mecanismos de defesa parecem eficientes e ao mesmo tempo permeáveis.

Desta série de hipóteses e observações, foi dito à paciente apenas que ela parecia às voltas com o desejo de começar sua análise e levá-la adiante, mas também havia o receio de que o espelho da análise mostrasse a sua figura talvez não correspondendo exatamente ao que ela pensava ser. Todo o resto ficou *in petto*, já que se tratava de uma primeira sessão. A interpretação do conteúdo do seu discurso não é totalmente comunicada à paciente por razões de tato, ou seja, de consideração pelo que ela é capaz de *ouvir* (segundo o juízo do analista) e de absorver naquele momento. Aqui poderia haver divergência entre analistas de várias escolas quanto ao que, do percebido na fala da paciente, lhe deveria ser comunicado. Eu prefiro ir devagar, apontando de início apenas o mais óbvio – que nela há mais de uma tendência; que estas tendências podem se opor umas às outras; que ao falar de *lá*, ela está também falando dela e *daqui*. A análise precisa respeitar as defesas do paciente, e ir vagarosamente abrindo caminho através das diferentes facetas dele que vão aparecendo ao longo das sessões. Por esse motivo, uma análise pode ser demorada, com sua duração medida em anos; o analista não tem pressa, e assim, é muito pouco *moderno*. Em outro diálogo de Platão, Sócrates responde a um interlocutor que se exaspera com sua minúcia e com a

lenta construção da definição procurada: "Meu caro, se você está com pressa, vá embora. Não se pode filosofar olhando para a ampulheta". O mesmo vale para a análise, prática artesanal e sutil, tão pouco adequada às exigências consumistas de felicidade imediata e sem esforço que marcam nossa sociedade atual.

\* \* \*

Para concluir, gostaria de voltar à minha insistência para que a paciente se deitasse, baseada na convicção de que, sendo um caso no qual a análise clássica era indicada, seria útil e mesmo indispensável o emprego do divã para que não fosse demasiadamente entravado o processo regressivo.

A questão da *indicação de análise* está no centro da discussão psicanálise *versus* psicoterapia. E aqui coloco o termo deliberadamente no singular, porque existe uma psicoterapia analítica, da qual quero falar brevemente. Uma coisa deve ficar clara: não acredito que seja possível discriminar, em termos das diversas psicoterapias não-analíticas, qual seria a mais indicada para determinado caso. Ou seja, se o paciente é assim e assim, convém usar o método rogeriano, mas se for de tal outra maneira, é preferível uma terapia jungiana, behaviorista ou do grito primal. Supor que o terapeuta dispusesse de todos estes instrumentos, e da possibilidade de empregar este ou aquele segundo a natureza do caso, significa primeiro desconhecer totalmente como se forma um terapeuta, e segundo, ignorar que cada método terapêutico repousa sobre uma concepção articulada e complexa do que é a alma humana, concepção que necessariamente privilegia certos aspectos dela e exclui outros mas, com toda a certeza, não pode ser combinada com as demais concepções. A psicologia clínica, neste sentido, é um pouco totalitária e não vejo mal algum nisso. É impossível ver na paciente que mencionei *ao mesmo tempo* um caso de histeria conforme a leitura psicanalítica, e um caso de perturbação do arquétipo tal, e um caso de couraça caracterial cujo ponto-chave está em torno dos músculos do pescoço e da nuca, e um caso de falha na aquisição do componente cognitivo "x", e ... Não se trata de e, e e e, mas de ou, ou e ou. Se o terapeuta é um psicanalista, verá a paciente como um sujeito organizado em torno de certos impulsos e de certas defesas, com uma fixação no (ou aquém do) complexo de Édipo, e assim por diante, de modo a poder construir um modelo metapsicologicamente plausível da estrutura da sua personalidade; modelo que vai emergindo paulatinamente das diversas sessões e, ao mesmo tempo, guia a estratégia de intervenção, sugerindo por assim dizer a direção, a profundidade e a frequência das interpretações que lhe serão comunicadas. Se o terapeuta for behaviorista, jungiano, da Gestalt ou outra coisa qualquer, verá no paciente um outro conjunto de elementos, aqueles que sua teoria da alma o preparou para ver, e modulará seus procedimentos terapêuticos de acordo com o que vê.

Não há mal algum nisso, penso, porque o problema não é saber se o paciente *tem* ou *não tem* complexo de Édipo ou complexo de castração. Estes são termos teóricos que designam certos processos psíquicos; os processos continuarão existindo, quer se chamem por este ou aquele nome. É impossível saltar por cima da nossa própria sombra: cada terapeuta vê e ouve com base no que acredita ser existente e vigente na psique, e ponto final. O exigível, como já insisti, é que nos termos da sua própria teoria o terapeuta possa distinguir entre os diversos fenômenos e processos psíquicos, utilizando para cada um os conceitos e hipóteses adequados dentro da dita teoria, de modo a não confundir um delírio com um sintoma fóbico, ou como quer que chame estes fenômenos na sua linguagem.

Como no caso das línguas, admito que seja possível pensar coerentemente em japonês, e que quando um japonês se expressa, o que ouço não é uma algaravia, mas uma descrição do mundo tão boa e tão sensata quanto a que posso fazer em português; mas eu não conheço a língua japonesa e nem por isso vou deixar de pensar em português por não saber japonês. E o paciente, se encontrar um terapeuta *japonês*, vai ser ouvido em *japonês*, aprenderá a se pensar e a se compreender em *japonês*, e atribuirá talvez o sucesso da sua terapia às qualidades da língua *japonesa* – jungiana, rogeriana, behaviorista, florais de Bach... Isso é inevitável e não tem remédio, porque a psicologia clínica não é como a medicina, na qual o médico pode tentar um medicamento e depois outro, mudar a dosagem ou abandonar o tratamento interno e optar por uma cirurgia. O terapeuta não tem tais alternativas: é monoglota e sua situação assemelha-se mais à do escultor ou à do pintor que, diante do modelo, pode decidir se vai fazer um busto ou representá-lo de perfil, mas que sempre imprimirá à obra o carimbo do seu estilo, porque não pode fazer outra coisa. E o mesmo modelo, caso fosse retratado por Picasso, Modigliani ou Eliseu Visconti, ver-se-ia diante de resultados muito diferentes. Se Picasso tentasse pintá-lo como Modigliani, o resultado seria um *pastiche* – nem um Picasso, nem um Modigliani.

Assim, em minha opinião, dentro da esfera clínica há línguas e línguas. É possível que, nas línguas reais, todas se equivalham em precisão e riqueza de vocabulário, descrevam igualmente bem o mundo, permitam expressar todas as nuances e sutilezas da vida subjetiva. É possível. No caso das teorias sobre o psíquico, minha convicção é que a psicanálise representa o que de mais sofisticado, flexível e fecundo se inventou. Como nas línguas, aquelas possuidoras de uma literatura importante, que foram cultivadas por poetas e escritores de talento, acabam tendo mais recursos do que as que permaneceram no estágio oral. A psicanálise é como um piano Steinway, não como um pandeiro ou um tamborim: seu teclado, seu cordame, a caixa de ressonância, proporcionam infinitas possibilidades para o concertista e também para o amador. Depende do seu talento, da sua experiência e da escola que freqüentou o que o pianista poderá extrair desse

instrumento; certamente, poucos são os Cláudio Arrau, Rubinstein e Vladimir Horowitz, mas, para o comum dos mortais, ao menos a qualidade do instrumento não bloqueia a possibilidade de tocarem bem. E é por pensar assim que continuo a ser psicanalista.

Como psicanalista, porém, cabe-me decidir a cada vez se a pessoa que me procura pode se beneficiar de uma análise clássica, se terá condições de investir o processo de modo fecundo, se poderá suportar os limites rígidos do método, se sua capacidade de sublimação corresponde ao que lhe será exigido pela natureza do processo analítico. A pessoa que mencionei como exemplo parecia capaz de tirar proveito da análise tradicional em virtude dos critérios que enumerei: plasticidade da organização psíquica, capacidade razoável de verbalização, associação e transferência, nível suportável de angústia flutuante, defesas eficazes e ao mesmo tempo não-excessivamente rígidas etc.

E se não fosse este o caso? O analista teria duas opções: não atender a paciente, ou propor uma *psicoterapia analítica*. Entendo por tal expressão o trabalho feito por um psicanalista, baseado na compreensão analítica dos processos psíquicos, mas que seria desenvolvido em condições de *setting* adaptadas à estrutura do paciente. Pierre Fédida disse uma vez que a psicoterapia é uma *psicanálise complicada*. De fato, ela é *mais* complicada, e não *menos* do que uma análise tradicional, porque o analista não pode dispor das suas condições ideais de trabalho, em especial do tempo necessário para se abandonar às suas próprias associações, sem ser incomodado pela vigilância do paciente olhando para ele: a atenção flutuante – ingrediente fundamental do método clássico – vê-se muito prejudicada pelas condições alteradas do *setting*. De qualquer forma, o analista pode tentar a experiência em casos nos quais a seu ver, por um motivo ou por outro, não é recomendável uma análise *stricto sensu*.

Marie-Claude Fusco (6), num interessante trabalho publicado pela revista *Topique*, enumera algumas destas situações: "Certas disposições psíquicas poderiam, com efeito, ser consideradas como obstáculos para uma psicanálise:

- excesso de laxismo ou de rigidez nos processos de pensamento e no comportamento afetivo e social do sujeito. Por exemplo, a instalação numa vida excessivamente marginal, mudanças muito freqüentes de ocupação e de parceiros ou, ao contrário, a retirada defensiva numa atitude congelada que serve de refúgio;
- da mesma maneira, parece que o excesso de realidade, como por exemplo a proximidade de um luto ou de uma separação cujos efeitos traumáticos paralisam o indivíduo, não se apresenta como uma boa indicação de análise;
- ou, ainda, um período avançado ou particularmente problemático na

vida, que incitaria a desinvestimentos e reinvestimentos dispendiosos para o equilíbrio da pessoa, com os riscos de descompensação e de desestruturação que isto poderia acarretar (...)

Para fazer a indicação de psicoterapia, enfim, é preciso levar em conta as condições nas quais o paciente nos procura. Se se trata de dificuldades atuais, como uma separação recente, um fracasso sentimental, um luto, vexames profissionais etc. ou, ao contrário, de toda uma história passada, marcada pela repetição de episódios dolorosos e de inibições. Ou, ainda, da persistência ou da aparição de sintomas que perturbam gravemente a existência do sujeito. Este gênero de circunstâncias e de dificuldades faz o psicoterapeuta hesitar frente à proposta de um tratamento analítico, enquanto a psicoterapia permite muitas vezes ajudar o paciente a atravessar um período difícil, ao mesmo tempo em que se orientam num sentido verdadeiramente analítico a elaboração e a elucidação do conflito subjacente."

As observações de Marie-Claire Fusco (7) sugerem que a psicoterapia psicanalítica não é uma forma inferior e degradada da psicanálise, mas uma modalidade clínica, requerendo um analista experimentado e capaz de trabalhar em condições mais difíceis do que aquelas a que está habituado. Ele pensará analiticamente, mas a forma de contato com o paciente será outra, até porque o próprio processo se desenrola de forma diferente na análise clássica – por exemplo, o tempo da sessão parece mais denso, o ritmo é mais acelerado, o silêncio pode ser mais pesado do que numa sessão de análise, o paciente de certo modo espera um pequeno *resultado* de cada sessão, obrigando o analista a um pensamento mais concentrado e menos associativo do que em regime de atenção flutuante.

Assim, finalizando a minha exposição, não vejo oposição entre psicanálise e psicoterapia, neste sentido preciso de psicoterapia analítica, para a qual o termo de *modulação* da psicanálise clássica proposto por esta autora me parece muito adequado. Também não penso que a psicoterapia seja uma forma clínica que deveria ser praticada por psicólogos, enquanto a psicanálise seria reservada aos psicanalistas, que assim formariam a *crème de la crème* da profissão. A meu ver, todo trabalho clínico deve ser precedido por uma formação extensa e exigente, baseada na análise pessoal do terapeuta, na elucidação e elaboração dos seus conflitos básicos e no estudo rigoroso da teoria que lhe servirá de instrumento para pensar. Sobre este ponto, expliquei-me com detalhes na entrevista ao jornal do CRP mencionada no início desta intervenção. Quanto às terapias não-analíticas, sinto-me incapaz de julgá-las por desconhecimento do assunto: creio que existam bons profissionais nas diversas linhas mas, quanto a mim, prefiro me aprofundar no estudo e na prática da psicanálise clássica, a qual me parece suficientemente rica e complexa para merecer tal investimento. É ela que, eventualmente, pode fundamentar um trabalho psicoterápico, se e quando eu julgar adequado

a ele recorrer. O analista continuaria analista, mas dispensaria certos elementos do *setting* usual. Continuaria pensando na sua língua materna, mas expressar-se-ia, por assim dizer, num dialeto dela.

Malba Tahan conta, em um de seus livros, a história de um homem que foi condenado à prisão, e nela encontrou companheiros que falavam muitos idiomas diferentes. Para passar o tempo, aprendeu vários deles durante sua prolongada estadia no cárcere. E, quando saiu, ganhou fama de sábio, embora quase não falasse mais. E por que? Porque ele era capaz – assim diziam – de ficar calado em sete línguas diferentes!

O analista que também pratica a psicoterapia analítica é como o homem da história: sabe falar não sete, mas pelo menos duas línguas, é verdade que aparentadas entre si. E, no interesse do paciente e do processo, sabe ficar calado numa delas, quando acredita ser necessário recorrer à outra. Mas reconhece que há muitas que não sabe falar, porque nem toda uma vida seria suficiente para aprendê-las.

#### Notas

- 1 O autor agradece ao Conselho Federal de Psicologia pelo convite para participar da mesa-redonda realizada em seu VIII Plenário, da qual participaram Suely Rolnik, Pierre Weil e Luís Claudio Figueiredo.
- 2 Psicanálise e Psicoterapias, in *A vingança da esfinge*, 2. ed. São Paulo, Brasiliense, 1993, p. 21-42.
- 3 Jornal do CRP, n. 94, jul./ago. 1995, p. 3-5.
- 4 Cf. Laplanche e Pontalis, *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1967, verbete "névrose actuelle".
- 5 Cf. A Inveja, in *Os sentidos da paixão*, São Paulo, Companhia das Letras, 1987, p. 117-140 ; O estranho caso de José Matias, in *O desejo*, São Paulo, Companhia das Letras, 1990, p. 329-362.
- 6 Marie-Claude Fusco, La psychothérapie analytique: modulation ou déviance de la psychanalyse. *Topique* n. 44, set. 1989, p. 272-273.
- 7 *Id. ibid.*, p. 278 ss .

Renato Mezan, psicanalista, é membro do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae, professor titular da Pós-Graduação em Psicologia Clínica da PUC-SP, e coordenador da revista *Percurso*, além de autor de vários livros, entre os quais os mais recentes são: *A sombra de Don Juan e outros ensaios*, São Paulo, Brasiliense, 1993 e *Figuras da teoria psicanalítica*, Escuta/Edusp, 1995.

Palestra feita pelo autor na mesa-redonda *Psicoterapia em questão*, realizada no VIII Plenário do Conselho Federal de Psicologia, em novembro de 1995, em Brasília, DF.