

Parece, mas não é! Algumas diferenças entre a Psicologia e a Psicanálise

Roberta Ecleide Ol. Gomes-Kelly*

Esta comunicação é fruto de meus estudos em Psicanálise e, mais especificamente, de meus esforços em mostrar aos alunos do curso de Fonoaudiologia da PUC-SP que nem todos os psicólogos com que entrarão em contato saberão discutir a Psicanálise tal como a vêem aqui; assim como nem todos os psicanalistas têm a Psicologia como ponto de partida.

A adoção da Psicanálise como uma disciplina presente no currículo do curso de Fonoaudiologia é uma característica da PUC-SP que imprime algumas particularidades. Uma delas é a de levar o aluno a compreender a constituição de uma subjetividade, subjacente aos sintomas (de/na linguagem) apresentados.

Sendo assim, esta é uma reflexão advinda de meus apontamentos, sem pretensão de esgotar ou abranger todos os aspectos da Psicologia ou da Psicanálise. Da mesma maneira, não pretendo aqui explicar todos os aspectos abordados, remetendo o leitor, ao final, a uma série de referências que poderão auxiliar os iniciantes nesta discussão.

Para quem não está envolvido com estudos sobre o psiquismo, a Psicologia e a Psicanálise parecem disciplinas afins, até mesmo idênticas. No entanto, é necessário delimitar algumas nuances, para que se bem utilizem as possibilidades de uma e de outra. Há quem diga que é tudo a mesma coisa. Parto do princípio que não e mostrarei o porquê.

De início, e já complicando, temos que nem a Psicologia nem a Psicanálise poderiam ser tratadas como unas. Há, na Psicologia, muitas Psicologias; e o mesmo acontece com a Psicanálise. Dentre as muitas Psicologias, tratarei daquela que está mais

próxima de um raciocínio positivista, a que busca verificar os comportamentos humanos por meio de experimentos, por ser esta a que mais se diferencia da Psicanálise.

Como disse, são muitas as Psicologias e muitas delas têm propostas de compreensão do psiquismo que fazem uso da Psicanálise ou discutem o psiquismo como resultado de uma dinâmica psíquica (por exemplo: psicodrama, gestalt, etc.). A partir destas, as diferenças são sutis e difíceis de tratar em um breve artigo. A Psicologia Experimental, por sua vez, apresenta diferenças marcantes e acaba por ser bastante conhecida por pessoas fora da área.¹

Os psicólogos podem fazer uso da Psicanálise apenas como um instrumento dentre muitos outros, tal como se vê na análise de alguns testes projetivos. Ou podem começar a praticar uma psicoterapia de base analítica. Ou mesmo fazer referência a apenas um ou outro aspecto na prática terapêutica, quando pressupõem em todas as ações humanas algo de latente ou inconsciente.

Por sua vez, a Psicanálise também se faz presente em muitas apresentações, variando-se a corrente de acordo com o enfoque ou com o teórico que desenvolveu esta ou aquela idéia. Como Psicanálise, abordarei mais especificamente as obras freudiana e lacanianiana, sem nenhum demérito em relação aos outros teóricos psicanalistas, tendo como norte minhas possibilidades de aprofundamento, dentro do que conheço.

De maneira geral, a Psicanálise dificilmente se aproxima da Psicologia como possibilidade de contribuição. Os psicanalistas, pelo contrário, parecem

* Mestre em Psicologia Clínica (Puccamp); doutora em Psicologia Clínica (PUC-SP); docente da PUC-SP do curso de Fonoaudiologia; psicóloga clínica.

¹ A Psicologia Experimental tem os Estados Unidos como grande representante, além de ser a base para a construção de muitos dos testes psicológicos e pressupor um estudo definitivo da personalidade humana.

buscar justamente o que diferencia as duas disciplinas, fazendo referência à Psicologia apenas para afastá-la e não para conhecê-la.

Apresentarei cinco pontos de diferenças entre a Psicologia e a Psicanálise, definidos didaticamente, já que todos se relacionam:

- o eixo (aquilo que norteia o raciocínio teórico da disciplina, o objeto de estudo);
- a etiologia (como são estabelecidas as propostas teóricas acerca da etiologia dos sintomas);
- o patológico (as possíveis classificações psicopatológicas);
- a ética (e a direção da cura);
- o papel do clínico.

O eixo

A Psicologia tem como objeto de estudo o comportamento e a manifestação sintomática, sendo isto mais importante que quaisquer sentidos que possam ser construídos a partir dos sintomas apresentados. É a partir do tipo de comportamento apresentado que se pode chegar a uma classificação.

Por exemplo, quando temos uma pessoa que costuma lavar as mãos, isto é tido como um comportamento compulsivo, que deve ser extinto. Pode-se lançar mão da Psiquiatria, na recomendação de remédios próprios para este quadro ou mesmo de técnicas de dessensibilização e controle do comportamento. O motivo pelo qual o comportamento se deu pode até ser pensado ou apresentado pela própria pessoa, mas estará sujeito às condições de um trabalho que leve à remissão dos sintomas.

Como eixo, então, teríamos o binômio saúde/doença ou mesmo normalidade/anormalidade, e o sintoma se refere ao momento doente e a busca terapêutica deve ser em direção à saúde, logo, à extinção dos sintomas ou do comportamento anormal.

Na Psicanálise, o eixo é a trama imaginária construída por cada pessoa, diante das experiências de frustração e da castração (tanto no sentido imaginário como no sentido dos limites aos quais todos estamos submetidos). Cada um de nós constrói uma rede de fantasias, de impressões particulares acerca do que vive. É baseando-se nesta rede, tecida muito precocemente em nossa infância, que nos conduzimos em situações novas e mesmo nos direcionamos para este ou aquele lugar.

Poder-se-ia compreender esta trama imaginária como um padrão de relacionamentos, algo que pode ser modificado simplesmente por novos

aprendizados. No entanto, é mais que isso, é uma forma de funcionamento que se impõe aos acontecimentos cotidianos buscando tramar o mesmo, repetitivamente.

O sintoma é, pois, um sinal dessa trama imaginária, é uma das peças de um quebra-cabeça muito maior, a ser montado no processo terapêutico. Um sentido deve ser construído, à medida que o quebra-cabeça se monta, e, se isto levar à remissão dos sintomas, pode ser uma vantagem ou uma desvantagem. Se o sintoma é um sinal – a peça que revela a existência de um quadro maior –, seu desaparecimento pode significar a perda da bússola deste quadro.

Assim, estabelecer uma classificação se torna muito mais difícil, já que cada pessoa traz uma composição diferente. Existe, porém, uma delimitação dos quadros clínicos pela sua forma de funcionamento, que veremos no item “patológico”.

A etiologia

A Psicologia se volta para as causas de uma patologia como imediatamente desencadeadoras dos sintomas. Mesmo que se coloque uma proposta “multifatorial”, envolvendo ambiente, personalidade e mesmo a genética, todos seriam tomados como agentes do sintoma. Decorrem daí estudos sobre fatores de risco para este ou aquele quadro, assim como a importância de elementos determinantes para o acontecimento de uma patologia, além de propostas de prevenção, pela eliminação dos fatores de risco.

A Psicanálise toma o sujeito como ponto de partida e a construção do próprio psiquismo como uma estratégia que já é ele mesmo (o próprio psiquismo). Como o sintoma é menos importante que o sentido que esconde, vê-se o trabalho do sujeito como algo a ser considerado. A etiologia está no próprio sujeito, na interação que estabelece com todos os outros fatores – ambiente, personalidade e condições físicas de existência – e deve ser repensada a cada sujeito. Não há, pois, como prevenir, a não ser que se pense isso a cada sujeito.

O patológico

Como visto no primeiro item, os sintomas são a condição para determinação de um quadro, na Psicologia. Assim, a Psicologia, por vezes, faz uso das classificações psiquiátricas, que se baseiam na



descrição minuciosa de sintomas, tais como a classificação da Associação Psiquiátrica Americana (DSM IV, 1995) e da Organização Mundial de Saúde (CID 10, 1993). Tais classificações, que visam uma maior comunicabilidade entre os profissionais usando um referencial único, é a-teórica e descritiva.

Aparentemente, por ser descritiva e por não exigir uma compreensão teórica, esta proposta classificatória pode parecer simples. No entanto, sem que o profissional tenha um conhecimento clínico, é um referencial bastante complexo, por demandar um conhecimento profundo das funções psíquicas e suas alterações.

Permanece, implícita, a visão do patológico como contraposto ao normal, ao sem sintomas. Logo, a classificação diagnóstica remete a uma terapêutica que seja eficaz na abolição desses sintomas, retornando o sujeito a um estado saudável, não doente.

Para a Psicanálise, o patológico faz parte do ser humano. Ou seja, a cada momento, sintomas podem ser “feitos” como possibilidades de defesa, de manifestação de um desejo inconsciente. Assim, não há alguém sem sintomas e não se pode classificar os sintomas, pois podem se referir a muitas formas de funcionamento.

Uma possibilidade de classificação pode ser observada na leitura lacaniana da Psicanálise, em que se aponta para as estruturas clínicas – neurose, psicose e perversão (talvez, o autismo em separado) – como posturas ante o binômio Édipo/Castração. Mesmo assim, não se pode compreender tais estruturas como patológicas, em contraposição a uma normalidade fora delas. São formas de organização, tendo um determinado funcionamento característico para cada uma delas, que só se fazem presentes no espaço analítico.

Em outras palavras, tais estruturas não podem servir de categorizações em um espaço não clínico. É sob a transferência que se observa, no discurso do analisando, traços indicativos desta ou daquela estrutura. Poderíamos dizer, pois, que, fora do *setting* terapêutico da análise, somos todos híbridos, e só a escuta, sob transferência, nos definiria.

A ética

A procura por um auxílio terapêutico implica, na maioria dos casos, a busca do alívio para um mal-estar. A herança médica que permeia as práticas terapêuticas faz com que, aliadas ao an-

seio do paciente, se criem técnicas para a cura do sofrimento psíquico, de maneira rápida que, por vezes, desconsidera a importância da manifestação sintomática.

Falar em cura para o psiquismo implica considerar um aspecto essencial: o próprio paciente que sofre. Seu anseio em melhorar conta muitos pontos nesta caminhada em direção à remissão dos sintomas. Mas este anseio é algo que dificilmente pode ser “inventado” de fora para dentro, não se estabelece à base de conselhos ou boas palavras. Pode-se dizer que é uma incógnita aquilo que dá, a um, condições de superar um sofrimento atroz e que não permite que outro levante a cabeça.

A Psicologia conta com um aliado importante para tentar chegar a desenvolver este anseio: os psicofármacos. O surgimento da medicação psicotrópica e das técnicas psicoterapêuticas – a partir da Segunda Guerra Mundial – fez com que os hospitais psiquiátricos abandonassem sua característica custodial e pudessem se voltar para o paciente em si mesmo. Desde então, vêem-se muitas tentativas de tomar o sofrimento psíquico na ordem de algo a ser superado por ser um estado e não uma produção que fosse o próprio sujeito.

Vê-se na Psicologia que a psicoterapia se alia ao uso de medicamentos como solução para problemas organicamente determinados; na Síndrome do Pânico e na depressão, principalmente. Seriam, então, as psicopatologias quadros determinados por disfunções biológicas (fisiológicas, neuroquímicas), advindas especificamente de falhas genéticas, a serem disparadas por determinadas condições ambientais. Assim, a medicação entraria como um corretivo, à semelhança dos tratamentos das epilepsias pelos anticonvulsivantes. A psicoterapia serviria de apoio, de coadjuvante, mas não seria uma medida terapêutica em si mesma.

O destino de tais práticas – medicamentos + psicoterapia – seria chegar a um bem-estar, a um estado em que o paciente estivesse adaptado a seu meio, sem sofrimento e sem angústia. Isto corrobora a idéia, que já indiquei antes, de que a patologia psíquica é um estado, determinado pelo aparecimento dos sintomas, que são algo em si mesmos.

Impera, na Psicologia, a ética do bem-estar, do bom, da norma, da exclusão do desvio. É algo que visa o bem-estar do indivíduo na sociedade, levando-se em conta uma moralidade, sem nenhum demérito em relação a tal ponto de vista. Há uma moralidade, um conjunto de conduções, que determina o que é estar bem e o que é estar mal.

Na Psicanálise, como o sintoma é pleno de sentidos que escapam, por vezes, às apresentações dos sintomas, a ética não está voltada para o bem-estar, de acordo com um consenso social ou moral. A ética, na Psicanálise, volta-se para o desejo inconsciente.

Um desejo que não pode ser destruído por nenhum objeto, que jamais pode ser plenamente satisfeito e que se move em direção à satisfação como ideal. Um desejo que se fez e faz de acordo com a trama imaginária (já mencionada), ligado aos caminhos trilhados para evitar a tensão no aparelho psíquico desde que o sujeito se constituiu.

Por vezes, para evitar esta tensão, cria-se mais tensão, e este excedente passa a ser visto não como tensionador, mas como aquilo que encobre a tensão principal, da qual não se quer saber. Isto é importante porque pode significar, em termos cotidianos, uma pessoa que não consiga estar satisfeita em situações socialmente consideradas boas e felizes.

Se é ao desejo que o trabalho psicanalítico se dirige, os sintomas têm um papel preponderante ao servirem de sinais ou indicativos dos conteúdos presentes neste desejo. Logo, conhecer o sintoma é tão importante quanto pensar em sua remissão, ainda que leve em conta o sofrimento que ele impõe ao sujeito.

Para minorar este sofrimento, que não é pequeno por ser psíquico, é necessário que o sujeito tome sobre si a responsabilidade pelo seu aparecimento. É necessário que o sujeito veja o sintoma como uma produção pessoal, tecida pelo sujeito a partir das circunstâncias, da história e de seu próprio desejo.

Para a Psicanálise, importa, pois, a ética do desejo, o bem do sujeito dentro de seus próprios limites, circunstâncias e possibilidades. Às vezes, para se chegar ao bem do sujeito é preciso romper com as normas sociais ou criar estratégias para lidar com elas.

O papel do clínico

O clínico, devido a tudo que já expus, chega ao espaço terapêutico de uma maneira quase neutra, à parte do processo que pertence ao paciente – desde o motivo do adoecimento (orgânico) até a técnica terapêutica, que, como técnica, é aplicada “de fora”, isentando o clínico de interferência efetiva.

Com isto, não se desconsidera a capacidade do clínico, mas ressalto que aqui a competência é fundamental. Competência no sentido de saber fa-

zer, de saber usar a técnica. Há um saber contido do lado do clínico, que é o que sustenta o sem número de especialistas – do sexo, da depressão, do pânico, etc.

Na Psicanálise, o clínico é alguém que faz parte do próprio processo, sendo um elemento desse processo. O clínico, pois, deve criar condições para o estabelecimento da transferência, além de suportá-la. O saber não está do lado do analista, só pode ser construído a partir dos sentidos tecidos no sintoma do sujeito.

O saber necessita ser suposto no analista para que o sujeito chegue à análise. Ninguém vai procurar um terapeuta no qual não acredite haver um saber. Cuidado, porém: para o psicanalista, crer nisto também é tomar-se como um deus onisciente – o que está na esfera da psicose, é claro. O saber, então, é suposto e deve ser sustentado, não corroborado, para levar o sujeito à descoberta de seu desejo – o único saber a que se pode chegar.

De tudo isto, a partir da Psicanálise, considero que se leve em conta o desejo do sujeito, pois é de acordo com ele que se procure qualquer terapêutica. Há pessoas que desejam se livrar de um sintoma a qualquer custo, e que não estão dispostas ao autoconhecimento. Outras desejam conhecer-se mais que à formação sintomática. É não perdendo isto de vista que tanto a Psicologia como a Psicanálise podem ser consideradas importantes para o alívio do sofrimento psíquico.

Como avisei inicialmente, este artigo é um espaço de reflexão, uma tentativa de “amarrar” uma série de conclusões que não foram estabelecidas por mim, é claro. Foi a partir de muitas leituras, de minha prática e da observação constante que cheguei a esta exposição.

Para maiores esclarecimentos, indico alguns textos importantes, que subsidiaram minhas idéias, embora não estejam todos claramente apontados neste breve texto.

Referências

- APA. Manual Diagnóstico e Estatístico das Doenças Mentais – DSM IV. Porto Alegre. Artes Médicas; 1995.
- Bleichmar CL, Bleichmar NM. A Psicanálise depois de Freud. Porto Alegre. Artes Médicas; 1992.
- Cottet S. Sobre o analista objeto a. FALO 1987; 1: 73-80.
- Cunha JA. Psicodiagnóstico-R. Porto Alegre. Artes Médicas; 1995.
- Dor J. Clínica Psicanalítica. Porto Alegre. Artes Médicas; 1996.
- Ey H et al. Manual de Psiquiatria. São Paulo. Masso; (s. d.).
- Foucault M. História da Loucura. São Paulo. Perspectiva; 1991.



- Freud S. Obras Psicológicas Completas. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro. Imago; 1980.
- Garcia-Roza LA. Introdução à MetaPsicologia Freudiana. Artigos de MetaPsicologia - 3. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Editor; 1995.
- Kury JÁ, Pérez CD. Desenvolvimento em Psicopatologia Psicanalítica. São Paulo. Papyrus; 1988.
- Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulário da Psicanálise. São Paulo. Martins Fontes; 1992.
- McDougall J. Em defesa de uma certa anormalidade. Porto Alegre. Artes Médicas; 1983.
- Mannoni M. O psiquiatra, seu “louco” e a Psicanálise. Rio de Janeiro. Zahar; 1971.
- Mannoni M. Um saber que não se sabe. A experiência analítica. Campinas. Papyrus; 1989.
- Mezan R. Figuras da Teoria Psicanalítica. São Paulo. Escuta/Edusp; 1995.
- Nasio JD. A criança magnífica da Psicanálise. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Ed.; 1988.
- Pacheco Filho RA, Coelho Jr N, Rosa MD. Ciência, Pesquisa, Representação e Realidade em Psicanálise. São Paulo. Educ/Casa do Psicólogo; 2000.
- Pinto JM. Psicologia/Psicanálise: sobre a teoria da clínica e sobre a clínica da teoria. Conselho Regional De Psicologia – 4ª Região. Psicologia: possíveis olhares outros fazeres. Belo Horizonte. CRP 4ª Região; 1992.
- Quinet A. Clínica da Psicose. Seminários da Clínica Freudiana-2. Salvador. Fator; 1986.
- Rudge AM. Pulsão e Linguagem. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Ed.; 1998.
- Trinca W. O Pensamento Clínico em Diagnóstico de Personalidade. Petrópolis. Vozes; 1983.
- WHO. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID 10. Porto Alegre. Artes Médicas; 1993.
- Zygouris R. Ah! As Belas Lições! São Paulo. Escuta; 1995.

Endereço para correspondência

Roberta Ecleide Kelly
Rua Barros Cobra, 435, Centro, Poços de Caldas,
CEP 37701-018

E-mail: eclidean@hotmail.com

