

“Como falar com uma pessoa poderá me ajudar?”

Aline Cerdoura Garjaka

Encontrei, no seminário de 1976-77, ‘Como viver junto’, de Roland Barthes, a seguinte passagem (cito):

“Portanto, eu dizia”

É com essas palavras que um conhecido meu começa invariavelmente cada uma das suas sessões de psicanálise. Dessa história, (gostaria de dizer, dessa epifania): aparecimento de um traço significante luminoso (para mim), impressionante. Quero induzir de imediato esta idéia. Nós fazemos, nós continuamos sempre o mesmo discurso – é preciso muita paciência daqueles que nos cercam para suportar, de nossa parte, esse discurso que recomeça, esse discurso imperturbável que é o nosso durante toda a vida. Pronunciamos até a nossa morte, um único e mesmo discurso. O discurso é aquele que nunca é castrado. É o que recomeça, renasce.

É essa obstinação do discurso que aquele amigo tem a coragem de explicitar três vezes por semana, com a ajuda de uma escuta, é verdade, um pouco particular, a do analista.

Por outras palavras: começar é sempre, num estágio do sujeito: encadear. Encadear o que? Com o que se estava dizendo. (fim de citação)”(Barthes, p. 271-273)

É esse o discurso que chega aos consultórios e é desse discurso, singular e imperturbável, para utilizar uma expressão do autor, que psicanalistas (mas não só, como veremos a seguir) se ocupam na sua atividade clínica.

Este texto é tributário da minha rotina de trabalho. Essa me permite um intenso contato com psicanalistas, psiquiatras e, especialmente, médicos residentes da Psiquiatria. Por que essa breve nota curricular me parece importante? Porque foi a aproximação com a Psiquiatria e o contato prolongado com as duas atividades clínicas tornou evidente para mim que a fala cumpre funções diferentes, dependendo de quem a escuta[1].

Este ensaio trata exatamente da especificidade da escuta na clínica psicanalítica, tomando como referência diferentes situações de tratamento. A minha hipótese inicial é de que o que é escutado é corolário do método clínico e, mais especificamente, do estatuto atribuído ao discurso pela clínica psicanalítica e pela clínica psiquiátrica.

O método clínico, tão facilmente associado ao trabalho dos médicos, psicólogos e psicanalistas, teria, de acordo com Michael Foucault, uma origem recente - tema do livro ‘O Nascimento da Clínica’. Até o século XVIII, o fato clínico era utilizado como palco para a transmissão de uma experiência já formada pelos médicos que era assim

transmitida aos estudantes ignorantes. A clínica servia, portanto, para o aprendizado de uma prática que ela resumia mais do que analisava. Ensinava-se o que ver. A partir do século XIX, a clínica passou a ser sinônimo de uma forma de experiência, um método de análise e um tipo de ensino. Ela passa a integrar o centro da experiência média, questionando e reformulando, o saber adquirido. Nas palavras de Foucault, o método clínico pede ao olhar (...): ver, isolar traços, reconhecer os que são idênticos e os que são diferentes, reagrupá-los, classificá-los por espécies e famílias. Surgiu, assim, uma nova disposição em que o olhar não apenas constata um saber, mas o descobre a partir do sintoma.

O sintoma reunirá os planos semiológicos do significante e do significado para a Medicina. Trata-se, portanto, no método clínico, de uma semiologia dos sintomas. O médico deverá, através de um olhar sensível, aprender a diferenciar, reunir em grupos, contextualizar e contemporizar os fenômenos da doença. Essa é a operação que transforma o sintoma em elemento significante e que significa precisamente a doença como verdade do sintoma, como nos esclarece Foucault. Essa singular operação discursiva torna visível o campo da experiência, fazendo do sintoma signo da doença.

Como se dá o método clínico na Psiquiatria? A Psiquiatria trabalha com a sintaxe inteligível do significante, no caso signos e sintomas, que levariam invariavelmente ao transtorno mental, significado. Para mim, interessa particularmente entender a função do discurso na clínica psiquiátrica. A fala, na clínica psiquiátrica, certamente ocupa um lugar de destaque. Diferente de outras áreas da medicina, em que o exame clínico encontra, no corpo, os sinais e sintomas, o psiquiatra precisa do corpo falando para encontrar os sinais e os sintomas a serem tratados. Portanto, dada a especificidade de seu objeto, ela se utilizará da linguagem como superfície observável do funcionamento mental. No discurso, o médico psiquiatra buscará os sinais e sintomas que o ajudarão a organizar sua experiência clínica.

É importante notar que o discurso, na clínica psiquiátrica, é desprovido de qualquer singularidade enquanto fenômeno lingüístico. As noções de significante e significado, assim como as de signo e sentido, tão caras à Psicanálise, aqui desaparecerão em benefício de outro discurso, o discurso do corpo. Portanto, a linguagem que é escutada é a dos sintomas – que, pelo olhar médico, transformar-se-ão em signo da doença. O discurso, por outro lado, é apenas um lugar aonde sintomas são encontrados e analisados sendo apenas mais um das ferramentas para diagnosticar, manejar e tratar os transtornos.

Segundo o Compêndio de Psiquiatria, “o psiquiatra deve ser capaz de transmitir envolvimento, empatia, respeito e competência ao paciente, a fim de criar um *rappport* e confiança que permitam ao paciente falar honesta e intimamente” (p.259). Escuta-se ao paciente, seja o tempo que for, a fim de se formular hipóteses diagnósticas, que serão testadas com a conduta terapêutica e que serão confirmadas (ou não) com a “resposta” ao tratamento. No encontro com o paciente, realiza-se o exame clínico e colhe-se evidência de um possível quadro patológico. O tempo da consulta é utilizado em busca

de evidências e a função da fala é ajudar no esclarecimento (e na confirmação) da hipótese diagnóstica.

Por fim, a fala escutada não implica nenhuma duplicidade de sentido. O discurso é tido como uma superfície transparente portadora das alterações e manifestações da doença e comunica ao médico informações necessárias ao exame clínico. Nem sempre as coisas funcionam exatamente assim.

Diferente da psiquiatria que busca avaliar, colher indícios (e evidências) para, então, prescrever o tratamento medicamentoso, o psicanalista ocupa-se do discurso. O que escuta, enfim, um analista daquilo que é falado em uma sessão? A palavra será tomada como via de acesso à memória, àquilo que se vê, àquilo que se toca, àquilo que se sente. Trata-se de tornar visível, pela linguagem, as ressonâncias do discurso, retirando “as palavras do sono em que a fala cotidiana da língua as mantêm” (Fedida, Nome, figura e memória, p.16).

A operação aqui realizada implica a ruptura do pensamento habitual com suas representações, mas é a posição ocupada pelo psicanalista que será decisiva para que a palavra possa ser escutada ao tocar outras camadas da linguagem. Na clínica psicanalítica, trata-se de ver, não a semiologia dos sintomas, mas o que a palavra pode engendrar, pode tornar visível através da rememoração e da recordação. É assim que opera o método psicanalítico: olhando o que se tornou visível no discurso pelas imagens engendradas com as palavras.

Na clínica psicanalítica, diante do silêncio do analista, o indivíduo será convocado a falar. A regra fundamental oferece o contorno dessa situação: o livre associar e a sua contra-partida a atenção-flutuante – que poderia aqui ser traduzida como o silêncio do analista que só interrompido no momento de algum apontamento acerca do enunciado. O discurso que se engendrara, a partir desse silêncio curioso, não encontra a habitual comunicação como apoio. O que falar? Sobre o que falar? O que quereria o outro saber? O silêncio que faz questão. Mas qual? A posição do analista instaura-se nesse silêncio provocador de ambigüidade e dissimetria, ambas necessárias ao trabalho da análise. Não raro, pacientes pedem para que se façam perguntas, para que se interrompa o silêncio que desconcerta a familiaridade da comunicação. Resiste-se a falar!, mas é o próprio silêncio do analista que promove o advento da fala na clínica. Fala essa que abre para a memória das próprias palavras, que abre para inúmeras séries associativas; fala essa que se mostra permeável a outras palavras que se interpõem no discurso, à lembrança de sonhos, a pensamentos que vagam dentro de si... as palavras não mais se encontram exiladas da linguagem... Nas palavras de Pierre Fedida, “o silêncio como capacidade da fala se escutar naquilo que diz” (Idem, p.23).

O método clínico, na Psicanálise, sofre uma torção importante. A semiologia dos sintomas cede lugar a uma semiologia do discurso. A linguagem recupera sua memória. Escuta-se aquilo que pode vir a ser dito, escuta-se aquilo que não se sabe. É esse desconhecido que vem habitar a clínica psicanalítica e que faz de sua escuta específica. Solicitado a fazer discurso pela clínica psicanalítica, o indivíduo encontra-se num outro

plano de visão. Não se trata mais de indícios e evidências de um adoecer. Uma palavra, um significante, remete a vários significados. Na clínica psicanalítica, estamos de volta ao campo da polissemia. O plano de expressão e plano de conteúdo não estão destinados a permanecer na mesma amarração. Um signo lingüístico pode transformar-se pela cadeia associativa. É essa ambigüidade discursiva que o analista escuta na sua clínica.

Há pouco tempo vivi a seguinte situação: alguns psiquiatras me pediram para que visse uma paciente que não apresentava melhoras com o tratamento prescrito. Ela estava medicada com uma dose terapêutica de anti-depressivo e, ainda assim, não apresentava mudança significativa. Fui levada até a paciente.

Ficamos juntas durante cerca de 50 minutos. Durante os primeiros 30 minutos, ficamos em silêncio. Decidi convidá-la a falar perguntando o que a trazia ao hospital e ela responde: “não tenho nada a dizer!”. Novo silêncio. Depois de algum tempo, peço simplesmente que ela fale o que estiver passando pela cabeça dela e ela responde “não sei falar”. Novo silêncio. Novamente intervenho apontando que fora ela quem procurara o serviço e pergunto, então, o que ela acha que eu poderia fazer por ela. Ela, depois de algum tempo, diz: “o que você quiser!”. Eu retomo a fala de que ela procurara o serviço e que eu estava à disposição para escutá-la. Novo silêncio. Pergunto, então, se ela queria dizer mais alguma coisa e ela responde: “eu já disse tudo” e, quando interrogada sobre para quem ela teria ‘dito tudo’, ela demora e, depois de algum tempo, ela diz de forma distante “para eles”. Continuo tentando algum encadeamento discursivo perguntando eles quem e, depois de algum tempo, ela diz “eu não me lembro”.

Quando volto para conversar com o psiquiatra responsável pelo caso, fico sabendo que a paciente, uma mulher de 51 anos, tinha sido trazida pelo filho ao ambulatório. O filho estava preocupado com a saúde da mãe, já que se lembrava dela não ser assim em outros momentos, e resolveu procurar ajuda. O psiquiatra conta que tentou algumas vezes conversar com a paciente, mas a fala dela apenas comunicava um repetido “não tenho nada a dizer”. Diante desse “silêncio”, o psiquiatra convida a família a falar em nome da paciente. Faz um histórico da paciente, com o relato do filho, e realiza um primeiro exame clínico. Formula uma hipótese de depressão grave e prescreve a medicação. Marca um retorno quinzenal e não vê melhora do quadro. Segue acompanhando a evolução do caso com o filho. Depois de dois meses de tratamento, solicita que eu veja a paciente.

Diante da brevidade do encontro e da ciência de que a solicitação em recebê-la fora feita pelo psiquiatra, ocorreu-me, durante o atendimento, que aquele poderia vir a ser um silêncio a ser escutado e acompanhado se assim ela desejasse. Esclareço a ela que aquele serviço contava com a presença de psicanalistas e que ela, se quisesse, poderia solicitar ser atendida. Reitero a minha disponibilidade em escutá-las se assim ela desejasse.

Diferente do médico, eu não conversei com a família. Durante o encontro, pensei se ela desejaria estar ali, sendo escutada e tratada. Além disso, ocorreu-me também a

idéia de que falar implicaria em recordar e sentir coisas. Naquela breve sessão ela não me fala nada sem ser convidada a se pronunciar sobre algo e, mesmo assim, é bastante econômica em suas respostas. Não tenho elementos para significar seu silêncio. Imagino apenas que, se ela quiser, esse silêncio pode ser endereçado a mim. Se ela voltar, poderei, a partir do meu silêncio, escutar o que ela tem a dizer. E, se, então, ela nada falar, poderei escutá-la nessa escassez de palavras e pensar sobre isso.

O discurso encontrou aqui dois destinos absolutamente diversos. Na clínica psiquiátrica, a ausência de discurso da paciente foi substituída pelo discurso do filho. Dessa forma, alguns questionamentos do psiquiatra encontraram respostas e formulou-se uma hipótese diagnóstica com essas informações. Na clínica psicanalítica, o silêncio, a ausência de fala encontrou um lugar de questionamentos sobre o desejo de estar ali, de se ocupar de seu sofrimento, de querer saber o que se passava com ela. O discurso encontrou a oferta de uma escuta disposta a se ocupar do seu discurso se assim desejasse...

Gostaria de retomar algumas idéias citadas no início deste ensaio. Barthes afirma que nós continuamos durante toda a vida o mesmo discurso; tece também um comentário que qualifica como uma escuta particular a do analista e, em caráter conclusivo, revela que começar é sempre encadear com o que se estava dizendo. Tem-se a impressão de que o que a psicanálise faz, já que o discurso é sempre o mesmo, é sustentar um lugar de endereçamento para esse discurso. Ocupar o lugar daquele para quem o discurso é enunciado torna possível ao analista escutar seus encadeamentos e assim confrontar o próprio discurso com seus enunciados. Ocupar esse lugar é: retirar o discurso de qualquer familiaridade comunicacional; devolvê-lo à polissemia de sentidos; escutar cada encadear como um elemento novo e desconhecido; É dessa escuta particular que se trata a psicanálise.

Por fim, preparando este material, lembrei-me que, ainda estudante de psicologia, não era raro ouvir de pessoas conhecidas, mas que não eram da área, interpolações do tipo “Como falar com uma pessoa poderá me ajudar?”. Para mim, era óbvio que a psicoterapia poderia ser útil, já que eu estava em análise e percebia os efeitos daqueles encontros na minha vida. Mas como explicitar essa evidência? Naquele tempo, foi-me impossível explicar que, mais do que falar, mais do que pronunciar continuamente o mesmo discurso, o que se faz, na Psicanálise, concerne ao que do discurso é escutado e para quem ele é endereçado.